

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI “FEDERICO II”



Dipartimento di Studi Umanistici

Dottorato di Ricerca in Scienze Psicologiche e Pedagogiche

- XXVII Ciclo -

Curriculum: Psicologia della salute e prevenzione del Rischio Sociale

***Self-Compassion, Personal Well-Being ed Empowerment
nelle donne vittime di maltrattamento.***

Candidata:

Luna CARPINELLI

Tutor:

Prof.ssa Anna Lisa AMODEO

“Se tu segui tua stella, non puoi fallire a glorioso porto”
Inferno - Canto XV de La Divina Commedia - Dante Alighieri

Dedicato a mio Padre, la mia Stella...

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag.5
PRIMO CAPITOLO - La Violenza di Genere: dalla definizione del fenomeno alle strategie di intervento.....	pag.9
1.1 Definire la violenza di genere ed il suo “riconoscimento” nel sociale.....	pag.9
1.2 Normativa giuridica internazionale ed italiana a tutela delle donne vittime di violenza.....	pag.13
1.2.1 Dall’ internazionalizzazione dei diritti delle donne alla prospettiva di genere.....	pag.17
1.2.2 I diritti delle donne nella giurisdizione internazionale negli anni novanta: la Conferenza di Vienna.....	pag.22
1.2.3 Dalla Convenzione di Istanbul al panorama giuridico italiano.....	pag.25
1.3 Tipologie della violenza di genere.....	pag.35
1.4 Il “ciclo” della violenza e le conseguenze sulla vittima.....	pag.37
1.4.1 Il Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) nelle vittime di violenza.....	pag.41
1.5 La richiesta d’ aiuto e la risposta dei Centri Anti-Violenza.....	pag.43
SECONDO CAPITOLO - Il Cognitivismo Clinico: dal modello teorico alle ipotesi di trattamento e strategie di intervento in ambito sociale.....	pag.49
2.1 Le origini del Cognitivismo Clinico.....	pag.49
2.2 Gli Assiomi del Modello Cognitivista.....	pag.56
2.3 Efficacia, scopi e tecniche della Terapia Cognitiva.....	pag.58
2.3.1 Il modello ABC.....	pag.59
2.4 La “terza ondata” del Cognitivismo Clinico.....	pag.65
2.4.1 La Terapia Focalizzata sulla Compassione - TFC.....	pag.71
TERZO CAPITOLO - Self-Compassion, Personal Well-Being ed Empowerment: l’ innovazione delle strategie di intervento a supporto delle donne vittime di maltrattamento.....	pag.75
3.1 Introduzione e modello teorico di riferimento.....	pag.75
3.2 Metodologia sperimentale e strumenti utilizzati.....	pag.81
3.2.1 Il Personal Well-Being – PWB (Ryff, 1989).....	pag.82

3.2.2 Il Symptom CheckList – 90 - Revised (Derogatis, 1994).....	pag.84
3.2.3 La Self-Compassion Scale – SCS (Neff, 2003b).....	pag.85
3.2.4 Il Laboratorio Esperenziale “ <i>Compassionevol-Mente</i> ”.....	pag.86
3.3 Il campione sperimentale.....	pag.88
3.4 Analisi dei risultati.....	pag.89
3.5 Discussione.....	pag.96
CONCLUSIONI.....	pag.98
BIBLIOGRAFIA.....	pag.105

INTRODUZIONE

“La violenza contro le donne è una delle più vergognose violazioni dei diritti umani.”

- Kofi Annan -

La violenza contro le donne ha profonde implicazioni per la salute e la Qualità della Vita delle vittime, che - spesso – viene ignorato. Il Rapporto Mondiale sulla Violenza e la Salute, redatto dall’ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), osserva che:

“una delle forme più comuni di violenza contro le donne è quella eseguita da un marito o partner maschile”.

Questo tipo di violenza è spesso invisibile quando accade tra le “mura domestiche” e, reso tale, quando i sistemi giuridici e le norme culturali non lo costituiscono come reato ma, piuttosto, come una questione “privata” di famiglia, o un evento quotidiano della vita di una donna.

Inoltre, sempre l’ OMS ha lanciato nel 2000 un allarme sui rischi che le donne corrono a causa della violenza maschile e sostiene che:

“La violenza contro le donne è un problema maggiore che concerne la salute e i diritti della persona. In ogni momento della loro vita, dall’ infanzia alla vecchiaia, le donne possono subire maltrattamenti fisici o morali. Le conseguenze della violenza rappresentano un problema gravissimo per la salute delle donne”.

La violenza maschile è, quindi, un fattore di rischio per la salute delle donne e si stima sia una causa di morte o disabilità altrettanto grave quanto il cancro (OMS, 1997).

Difatti, la violenza può avere effetti devastanti su chi la subisce. Le conseguenze immediate dei maltrattamenti e delle aggressioni sono di tipo fisico ma, soprattutto a lungo termine, di tipo psicologico: subire violenza, soprattutto se da una persona che ti è vicina, cui hai voluto o vuoi ancora bene, può avere come effetto di erodere la stima di sé, far sentire impotenti, incapaci, togliere speranze per il futuro.

La violenza sessuale implica un' invasione del sé, la distruzione della fiducia negli altri e nel mondo, e sentimenti di confusione e di vergogna anche se la vittima non ha nessuna responsabilità in proposito. Violenze gravi o ripetute creano nella vittima un sentimento di ansia intensa o di paura generalizzata, e possono costringerla in uno stato di allerta e di tensione costante, nella speranza di riconoscere il pericolo e di riuscire a sfuggire. I ricordi delle violenze possono emergere in modo inaspettato, sotto forma di incubi, o interferire nella vita quotidiana.

Non c'è, quindi, da stupirsi che una donna con un passato o un presente di violenza possa soffrire più spesso di depressione o di ansia intensa; possa fare tentativi di suicidio; possa consumare in misura eccessiva, nel tentativo di dimenticare la sofferenza e calmare l' ansia, alcool, droghe o psicofarmaci; possa soffrire di vari disturbi alimentari (mangiare troppo o troppo poco).

Quando si innestano problemi di salute fisici o psichici, di solito vuol dire che le violenze e i maltrattamenti sono stati subiti per lungo tempo e che sono stati ignorati o sottovalutati dalle persone vicine alla donna - familiari, amiche, medici - e a volte anche dalla donna stessa.

Il presente lavoro di ricerca si propone, dunque, come spunto di riflessione empirica circa lo sviluppo di competenze specifiche nelle donne che hanno subito violenza.

In un' ottica di *institution building* sono state previste diverse fasi per promuovere il *gender empowerment*: dalla pianificazione all' analisi e conseguente intervento.

Nello specifico, il costrutto di "empowerment" (inteso come "mettere in grado di", "rafforzamento", "potenziamento", "responsabilizzazione" e "consapevolezza") è il principio cardine dell' intervento che si è inteso sviluppare per il superamento e la ristrutturazione del trauma subito da ciascuna donna-vittima.

La realizzazione del percorso esperienziale (che verrà esplicitato nel terzo capitolo) in favore di donne a rischio o che vivono varie forme di disagio, è stato articolato in modo da svilupparne la ristrutturazione cognitiva del trauma subito, al fine di implementare la crescita personale dell' individuo attraverso attività opportunamente individuate.

L'approccio metodologico è quello della Terapia Focalizzata sulla Compassione (TFC), un nuovo approccio psicoterapeutico nato nell'ambito delle terapie cognitivo-comportamentali della terza generazione, alla base della quale si propone l'innovativo costrutto dimensionale della *Self-Compassion* (Neff, 2003).

Nel 2003, Kristin Neff, una psicologa e ricercatrice americana dell'Università del Texas, ad Austin, ha introdotto il costrutto della *Self-Compassion* che descrive questa attitudine come la risultante di tre abilità di base:

1) la capacità di trattarsi con gentilezza, comprensione e perdono, piuttosto che con severa auto-critica;

2) la capacità di vedere le proprie esperienze negative e i propri difetti come aspetti condivisi dell'esperienza umana, piuttosto che come elementi "anormali", di separazione ed isolamento dagli altri;

3) la capacità di affrontare e contenere le proprie emozioni e pensieri dolorosi con consapevolezza, piuttosto che con iper-coinvolgimento ed identificazione con esse.

La Neff ha, inoltre, costruito uno strumento, la *Self-Compassion Scale* che è attualmente utilizzato in numerose ricerche internazionali e i dati presenti in letteratura scientifica evidenziano che correla con la maggior parte delle misure di benessere psicologico ben più di quanto possa fare un costrutto apparentemente simile, ma profondamente diverso, che è l'autostima. Fino a non molto tempo fa l'autostima è stata considerata una misura prioritaria del benessere psicologico. L'autostima però, nasce e si sviluppa da una serie di giudizi comparativi su di sé e sugli altri e presuppone delle autovalutazioni sulla bontà della propria performance e della propria importanza. Inoltre, l'autostima coinvolge anche quelli che sono i pensieri e le valutazioni che supponiamo gli altri abbiano su di noi.

Per tutti questi motivi sono stati introdotti concetti alternativi come "rispetto di se" (Seligman, 1995); autoefficacia (Bandura, 1990), "vera autostima" (Deci & Ryan 1995). Un concetto alternativo può essere proprio quello di "compassione verso se stessi" ed è necessario distinguere il costrutto della compassione da quello della *pietà*. Il sentimento della *pietà* nasce da una sensazione di superiorità e separazione nei confronti di chi prova dolore, mentre la compassione ha proprio la capacità di aumentare il senso di connessione e interconnessione permettendo un positivo influsso della regolazione interattiva. La TFC spiega questo fenomeno ricorrendo ad

alcune ricerche di neurofisiologia che sembrano affermare l'esistenza di 3 tipi di sistemi di regolazione emozionale responsabili dei diversi tipi di emozioni (Depue et al, 2005; Le Doux, 1998; Panksepp, 1998). Accanto ad un sistema responsabile di emozioni "negative" e funzionali a proteggerci dalla minaccia (rabbia, disgusto, ansia, etc.) definito *threat system* e regolato dallo stile di pensiero *better safe than sorry*, ci sarebbero, invece, due sistemi responsabili delle emozioni positive. Il primo più orientato ad emozioni positive "attivanti" (eccitamento, orgoglio, piacere derivante dall'acquisizione di risorse e quindi connesso ai meccanismi della competizione e del confronto) e l'altro associato ad emozioni positive meno attivanti di contentezza, calma, rassicurazione, connessione con gli altri e, ovviamente, compassione (*soothing system*). È quest' ultimo profilo emotivo che la TFC cerca di attivare nei suoi pazienti. In base a questo modello i pazienti non riuscirebbero a lasciarsi rassicurare dai pensieri alternativi proprio perché il loro *soothing system* sarebbe in qualche modo spento, in modalità "off-line" (Gilbert, 2009a), iposviluppato, soverchiato dalla cronica iper-attivazione degli altri due. Non solo la semplice produzione di ipotesi alternative "benevole" sarebbe insufficiente a riattivarlo ma lo stile autocritico e distaccato che spesso questi pazienti utilizzano per "spronarsi" e indursi il cambiamento non farebbe altro che attivare ulteriormente, in modo endogeno, il *threat system*, con le emozioni e lo stile cognitivo *better safe than sorry* che lo contraddistinguono (un dialogo interiore costantemente autocritico e invalidante non può che incrementare la sensazione di minaccia percepita).

Lavorare sulla dimensione del sommerso della violenza promuovendo delle azioni di empowerment delle donne, in modo da farlo emergere e, quindi, promuoverne la cura, partendo da una ristrutturazione del concetto di se e dell' accaduto della propria persona, caratterizza il contesto di intervento proposto dal presente elaborato.

Nel primo capitolo verranno presentate le tematiche inerenti il fenomeno della violenza di genere, cercando di darne una definizione non solo psicologica, ma cercando di estendere l'orizzonte anche a livello giuridico; nel secondo capitolo verrà esplicitato il modello teorico-clinico alla base della ricerca, ossia i principi del Cognitivismo Clinico e le strategie di intervento terapeutico di "terza generazione"; infine, la ricerca, caratterizzata da diverse fasi sia di tipo analitico che di ricerca-azione.

PRIMO CAPITOLO

La Violenza di Genere: dalla definizione del fenomeno alle strategie di intervento

1.1 Definire la violenza di genere ed il suo “riconoscimento” nel sociale

La violenza fondata sul genere o *gender-based violence*, secondo la denominazione anglo-americana, non è forse mai stata così visibile come oggi, sia a livello nazionale che internazionale: termini come *wife abuse*, *wife beating*, *domestic violence* e *sexual harassment* sono riferimenti chiave nella letteratura scientifica internazionale, in quanto la violenza di genere è divenuta un problema di livello mondiale.

Ogni Paese, ciascuno con la propria cultura e stile di vita, affronta questo fenomeno in maniera diversa e cambia anche il modo di viverlo da parte delle donne. Mentre la trattazione dei diritti all'uguaglianza e il divieto di discriminazione sono divenuti, nel tempo, parte integrante del sistema dei diritti umani, il tema della violenza contro le donne entra nel dibattito scientifico e giuridico soltanto nell'ultimo decennio, incontrando le stesse resistenze e conflittualità che la caratterizzano.

La violenza di genere si fonda, principalmente, sulla discriminazione nei confronti della donna a livello politico, culturale, economico e sociale. Afferma L. Terragni¹:

“Il modo in cui una società reagisce alla violenza nei confronti delle donne rappresenta uno specchio per comprendere il modo in cui essa intende le relazioni tra uomini e donne, i loro comportamenti, il loro modo di interagire”.

Al fine di poter definire tale fenomeno, occorre analizzare il concetto di *sessualità femminile*. Da un punto di vista antropologico, possiamo affermare che la sessualità - sia maschile che femminile - è una costruzione sociale e culturale. Secondo la teoria

¹ Terragni L. (2000). *“Le definizioni di violenza, in Libertà femminile e violenza sulle donne. Strumenti di lavoro per interventi con orientamenti di genere”*. Franco Angeli, Milano.

dell' *Antropopoiesi* (Remotti, 1999), che sta ad indicare quel processo di auto-costruzione dell' individuo sociale, in particolare dal punto di vista della modificazione del corpo socializzato, le culture tendono a costruire gli individui secondo precise attribuzioni legate al genere: ogni società persegue determinati modelli di donne e uomini.

I confini di cosa costituisca la violenza variano nel tempo e nello spazio in conformità dei cambiamenti di carattere culturale, economico e sociale che avvengono all' interno della nostra società.

L'antropologa francese François Héritier (1997) definisce il termine "violenza":

"[...] ogni costrizione di natura fisica, o psichica, che porti con sé il terrore, la fuga, la disgrazia, la sofferenza o la morte di un essere animato; o ancora, qualunque atto intrusivo che abbia come effetto volontario o involontario l'espropriazione dell'altro, il danno o la distruzione di oggetti inanimati".

La definizione di cosa sia "violenza" non è, dunque, né assoluta, né imm modificabile. Nella seconda metà degli anni '80, Straus e Gelles, affermati studiosi americani della violenza in famiglia, scrivevano che non esiste una nozione scientifica del termine "violenza" (*abuse*). Secondo questi autori (Straus e Gelles, 1988, pp. 57-8):

"[...] esso è piuttosto un concetto politico. Violenza è essenzialmente ciascun atto che viene considerato deviante o pericoloso da un gruppo sufficientemente ampio o con sufficiente potere politico per sostenere una determinata definizione."

Che cosa sia possibile - legittimamente - includere nella definizione di violenza è oggetto, quindi, di contesa e di negoziazione a livello sociale e dipende da scelte di valore, contesti culturali e relazioni di potere e dominio. Definire un certo comportamento come "violenza" significa sancirne, in qualche modo, l' illegittimità sociale.

La relatività storica, sociale e culturale della definizione non attenua la portata del problema, né il carico di sofferenza e i costi individuali e sociali che all'uso

della violenza si accompagnano. Nel “Rapporto su violenza e salute” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, viene riportato che:

“Complessivamente la violenza è una tra le maggiori cause di morte a livello mondiale per gli individui di età compresa tra i 15 e 44 anni.”

Potremmo dire che ogni società e ciascuno/a di noi, in ogni epoca storica, ha la responsabilità di dire che cosa intende con il termine “violenza” e di stabilire quali conseguenze da questo debbano derivare.

Oggi più di ieri la violenza nelle relazioni interpersonali appare socialmente riprovevole e oggetto di condanna, un fattore che secondo alcuni ha contribuito e contribuirà al suo declino (Straus e Gelles, 2006).

Storicamente, la messa al bando sociale della violenza va quindi di pari passo con la sua cancellazione, minimizzazione o riduzione ad altro. Alcuni studi sulla violenza alle donne e sul genocidio lo evidenziano. Patrizia Romito, ispirandosi al lavoro di Bandura, analizza sei tattiche diverse di “neutralizzazione” della violenza contro le donne: eufemizzare, disumanizzare, colpevolizzare, psicologizzare, naturalizzare e separare (Romito, 2006). Si tratta di strategie utili “per far tornare i conti”, per rendere accettabile ciò che socialmente (per quanto mai in modo omogeneo e indifferenziato) e spesso individualmente non lo è.

La definizione di violenza contro le donne trova, allora, nelle differenti culture e nelle diverse parti del mondo accezioni specifiche. Con la dichiarazione del 1993², le Nazioni Unite si impegnano a combattere il fenomeno ed enunciano come violenza sulle donne:

“[...] ogni atto di violenza in base al sesso che produca o possa produrre danni o sofferenze fisiche, sessuali, psicologiche, coercizione o privazione arbitraria della libertà, sia nella vita pubblica che privata”.

² La Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne è stata adottata senza voto da parte dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite con la risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993. In essa è contenuto il riconoscimento della “necessità urgente per l'applicazione universale alle donne dei diritti e dei principi in materia di uguaglianza, la sicurezza, la libertà, l'integrità e la dignità di tutti gli esseri umani”. Come conseguenza della risoluzione, nel 1999, l'Assemblea Generale, guidata dal rappresentante della Repubblica Dominicana, ha designato il 25 novembre come la Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne.

La violenza verso le donne riguarda, dunque, una duplice dimensione: la prima che attiene le relazioni tra i sessi, la seconda il piano sociale su cui queste si strutturano. Riguarda, per cui, lo strutturarsi delle relazioni sessuate nella nostra società ed il loro codificarsi attraverso stereotipi, rappresentazioni e convenzioni sociali che spesso riportano ancora ad una struttura patriarcale, e che pongono in rilievo una fragilità sociale dei soggetti femminili che vivono violenza, determinando un depauperamento delle loro risorse umane e, in alcuni casi, anche economiche.

Va ricordato, inoltre, che il processo di riconoscimento della violenza di genere si impone in Italia, dal punto di vista legislativo, solo nel 1975, con l'approvazione del nuovo diritto di famiglia e, a partire dalle pressioni esercitate dal movimento femminista, è stata abolita l'autorità maritale cioè la liceità, da parte del coniuge di far uso di "mezzi di correzione" e disciplina nei confronti della propria moglie; e ancora, solo nel 1981 scompare dal nostro codice il "delitto d'onore" e il "matrimonio riparatore", il primo che permetteva ai mariti di godere di sensibili sconti di pena nel caso in cui avessero ucciso la propria moglie per infedeltà, il secondo che consentiva, a chi avesse commesso uno stupro, di vedere estinto il proprio reato qualora avesse contratto matrimonio con la propria vittima.

In questo percorso di riconoscimento della violenza, sostenuto da indagini e ricerche nazionali e non, un ruolo fondamentale è stato svolto, a partire dagli anni Ottanta in Italia e negli anni Settanta nelle altre nazioni europee, dai Centri antiviolenza e dalle Case di accoglienza per donne maltrattate che, coniugando pratica e politica d'intervento al problema, hanno dato visibilità alla violenza facendo emergere nella sua drammaticità l'entità della sua incidenza, rompendo quel *patto d'innominabilità* che per tanto tempo l'ha relegata nel *regno del silenzio e del non detto*.

Sminuire la portata della violenza ritenendo "fisiologica" l'episodica aggressione nella sfera del privato di coppia, o definire genericamente "conflittualità di coppia" l'agire violento del partner maschile, o ancora ricercare nella vittima, nel suo comportamento e/o nella sua psicologia, le cause della violenza, dà luogo a quel processo che - negli ultimi anni - è stato definito di "vittimizzazione secondaria", che consiste proprio nel cercare la causa della violenza, di cui le donne sono

vittime, in tratti di personalità, in particolari comportamenti delle donne o caratteristiche morali di queste ultime.

Inoltre, strettamente connesso a quanto detto è la drammatica questione del silenzio delle vittime che per la mancanza di una rete di sostegno (sostegno culturale, solidarietà, risposte empatiche, ma anche aiuti materiali, sostegni economici e scenari di protezione efficaci nel garantire la sicurezza) che favorisca lo svelamento della violenza subita, continuano a non dare parola e visibilità al fenomeno, e interroga la responsabilità del sistema di intervento rispetto all'accoglienza di chi vive violenza. Si può quindi parlare di una non riconoscibilità sociale della violenza, proprio in quel quotidiano cui si faceva riferimento. Tale sistema in atto non prevede la violenza come elemento da cui partire per impostare un percorso di aiuto.

1.2 Normativa giuridica internazionale ed italiana a tutela delle donne vittime di violenza

Lungo, difficile, non ancora concluso è il cammino dei diritti delle donne, la cui attuazione nelle diverse realtà che compongono il variegato aspetto della compagine internazionale è ancora lontana dal potersi dire raggiunta, ed è ostacolata da molteplici fattori di carattere storico, economico, culturale: volerne parlare in modo esaustivo sarebbe un'impresa troppo ambiziosa, sia per i limiti insiti in questo lavoro, sia per la complessità stessa dell'argomento. Volendo tracciarne brevemente la storia, limitando il campo alla normativa che ancora si riverbera su quella attuale, l'arco di tempo utile da considerare è quello che si estende dalla conclusione del secondo conflitto mondiale in poi, in quanto è nel secondo dopoguerra che si assiste a un processo di implementazione dei diritti, anche per quanto riguarda la specifica condizione femminile.

Già il documento fondante delle Nazioni Unite, la "Carta" (S. Francisco, 26 giugno 1945) che nel sancirne la nascita ne delinea le finalità e istituisce gli organismi operativi atti a realizzarle, nel preambolo dichiara l'intendimento di

“[...] riaffermare la fede nei diritti fondamentali dell’ uomo, nella dignità e nel valore della persona umana, nella eguaglianza dei diritti degli uomini e delle donne [...]”.

Il concetto è ulteriormente ribadito dall’ articolo 55:

“[...] le Nazioni Unite promuoveranno [...] il rispetto e l’ osservanza universale dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali per tutti, senza distinzione di razza, sesso, lingua o religione”.

In realtà, dei 51 Stati membri originari, soltanto in 30 le donne godevano già del diritto di voto o potevano ricoprire cariche pubbliche. Ma le lotte condotte dalle donne nel precedente secolo e mezzo (ad esempio, le “Amiche della Legge” e altri club femminili che ebbero breve vita - 1790/1794 - nel corso della Rivoluzione in Francia; le “suffragette” americane e inglesi che agirono nel diciannovesimo secolo e oltre, mentre in Europa si sviluppava il movimento femminile di stampo socialista e nel primo novecento italiano quello di matrice cattolica) non erano state vane: era giunto ormai a maturazione il tempo perché le istanze delle donne fossero recepite e trovassero espressione in una solenne enunciazione dei diritti. Nessun documento giuridico di portata internazionale, fino ad allora, aveva affermato con tanta forza l’ uguaglianza di tutti gli esseri umani senza alcuna distinzione; nello stesso tempo nel testo della Dichiarazione appare chiaro che il sesso viene riconosciuto come un fattore di discriminazione, tra gli altri che vengono menzionati.

Successivamente il *Consiglio Economico e Sociale dell’ ONU (ECOSOC)* istituisce (1946) la *Commissione sulla Condizione delle Donne (CSW)*, organismo parallelo alla *Commissione sui Diritti Umani*, con il compito di promuovere iniziative atte a realizzare sul piano concreto i diritti umani delle donne e di monitorare la situazione femminile a livello mondiale. Tra i più importanti risultati ascrivibili alla CSW va menzionata la *Convenzione sull’ eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne – CEDAW* (1979) e il successivo Protocollo applicativo (1999). L’ istituzione della CSW rappresenta il primo atto di una *prospettiva di genere* sui diritti umani, vale a dire che la condizione femminile viene considerata nella specificità delle sue problematiche, alle quali occorre dare soluzione con interventi mirati e risposte specifiche.

Una tappa fondamentale per i diritti delle donne è stata certamente la *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani* del 10 dicembre 1948 (Risoluzione 217A), che già nel preambolo contiene un esplicito riferimento all'uguaglianza dei diritti dell'uomo e della donna. Gli articoli che riguardano direttamente le donne quali soggetti portatori di diritti sono diversi: talora esse sono espressamente menzionate, in altri casi il riferimento è contenuto nella definizione "ogni individuo", che si richiama a quanto recita il fondamentale articolo 2:

"Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, [...] o di altra condizione".

L'articolo 16 stabilisce che uomini e donne hanno uguali diritti riguardo al matrimonio, durante il matrimonio e all'atto del suo scioglimento; l'articolo 23 sancisce uguale diritto al lavoro e a una retribuzione non discriminatoria; l'articolo 25 tutela la maternità; l'articolo 26 garantisce uguale diritto all'istruzione.

Nei suoi primi due decenni di attività l'ONU affronta i problemi della condizione femminile con una serie di provvedimenti di carattere, per così dire, settoriale. I temi di maggiore urgenza appaiono quelli relativi allo sfruttamento sessuale, ai diritti politici ancora non pienamente riconosciuti né tanto meno realizzati in vaste aree del mondo, alla condizione subalterna della donna nel matrimonio.

E' del 2 dicembre 1949 la *Convenzione per l'abolizione del traffico delle persone e dello sfruttamento della prostituzione*, entrata in vigore il 25/7/51. La convenzione stabilisce la punibilità di coloro che favoriscono la prostituzione di altre persone per motivi economici, anche se con il consenso delle stesse.

Il 20 dicembre 1952 l'Assemblea Generale adotta la *Convenzione sui Diritti politici delle Donne*, con la quale stabilisce per le donne il diritto di elettorato attivo e passivo e quello di poter ricoprire funzioni pubbliche. La convenzione è entrata in vigore il 31 marzo 1953, ma solo nel 1958 verrà ratificata dall'Italia.

Il 29 gennaio 1957 viene adottata la *Convenzione sulla nazionalità delle donne sposate*, in vigore dall'11/8/58; il 7 novembre 1962 la *Convenzione sul consenso al matrimonio, l'età minima legale per il matrimonio e la registrazione del matrimonio*, in vigore dal 9 dicembre 1964.

Riguardo alle problematiche legate al lavoro ci sono varie convenzioni dell'OIL: la *Convenzione n. 89 sul lavoro notturno delle donne occupate nell'industria* (9 luglio 1948); la *Convenzione n.100 sull'equa remunerazione* (29 giugno 1951) con la quale gli Stati firmatari si impegnano ad intervenire sulla legislazione nazionale per eliminare ogni forma di discriminazione nella retribuzione tra uomini e donne a parità di lavoro; la *Convenzione n. 103 sulla protezione della maternità delle donne lavoratrici* (28 giugno 1952); la *Convenzione n. 111 contro la discriminazione sul lavoro* (25 giugno 1958) che stabilisce che ogni Stato deve promuovere l'eguaglianza di opportunità e di trattamento per porre fine a tutte le forme di discriminazione sui luoghi di lavoro: è vietata qualsiasi discriminazione basata sulla razza, il colore della pelle, il sesso, la religione, la nazionalità, le opinioni politiche o le origini sociali.

Anche l'UNESCO (Organizzazione per l'Educazione, la Scienza e la Cultura, con sede a Parigi, che opera alle dipendenze del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite), ha preso in considerazione il problema della condizione femminile, sia in relazione alla reale possibilità di accesso all'istruzione per le donne (in molti Paesi ancora assai limitata), sia in relazione alla discriminazione culturale nei confronti delle donne veicolata attraverso gli stessi canali scolastici ufficiali, ad esempio attraverso la discriminazione nell'accesso all'insegnamento o negli stereotipi sessuali ribaditi nei libri di testo. Nel 1960 la Conferenza Generale dell'UNESCO ha adottato la *Convenzione contro la discriminazione in materia di educazione* per eliminare qualsiasi discriminazione basata sul sesso in ambiente educativo e per l'adozione di misure miranti alla promozione dell'uguaglianza di opportunità e di trattamento, nello stesso ambito, per le donne come per gli uomini.

Appartengono allo stesso periodo molte risoluzioni adottate dall'ONU che contengono norme e disposizioni riguardanti le donne, pur non essendo riferite alla specifica condizione femminile. Questi documenti si riferiscono a due situazioni nelle quali i diritti delle donne subiscono gravi violazioni o sono del tutto negati: si tratta della guerra e della riduzione in stato di schiavitù. Rispetto a quest'ultima, la Conferenza dei Plenipotenziari delle Nazioni Unite, in data 7 settembre 1956, adotta la *Convenzione supplementare sull'abolizione della schiavitù, del commercio degli schiavi e di ogni altra pratica simile*, in vigore dal 30 aprile 1957.

Che le donne fossero, e tuttora sono, tra i soggetti deboli più facilmente vittime di tale abuso, in connessione anche con la tratta a scopo di sfruttamento sessuale, fa sì che la Convenzione del 1956, dopo quella del 1926, possa essere annoverata tra le norme internazionali che rappresentano una forma di tutela e di protezione della condizione femminile, così come essa è ancora vissuta nelle regioni dove la miseria è un grave fattore di discriminazione sociale e di genere. Il divieto in tema di schiavitù era stato già ribadito dall' art.4 della *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani* (1948):

“Nessun individuo potrà essere tenuto in stato di schiavitù o di servitù; la schiavitù e la tratta degli schiavi saranno proibite sotto qualsiasi forma”.

Nello specifico, si intende con il termine “individuo” *ogni essere umano*, dunque anche la donna, e “qualsiasi forma” si applica anche a quelle forme di schiavitù sessuale, intesa sia come asservimento domestico, sia riferita alla prostituzione, che vede le donne come soggetto offeso in molte regioni del mondo.

Di fondamentale importanza per l' applicazione giuridica dei principi proclamati nella Dichiarazione universale dei diritti umani sono i due patti del 1966: *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* (ICESCR - adottato dall' Assemblea Generale il 16 dicembre 1966, entra in vigore il 3 gennaio 1976 e in Italia il 15 dicembre 1978) e *Patto internazionale sui diritti civili e politici* (ICCPR - adottato dall' Assemblea Generale il 16 dicembre 1966, entra in vigore il 23 marzo 1976 mentre in Italia il 15 dicembre 1978), che insieme alla Dichiarazione Universale compongono quello che viene definito *Codice Internazionale sui Diritti Umani*, contengono un certo numero di articoli che si riferiscono ai diritti delle donne.

1.2.1 Dall' internazionalizzazione dei diritti delle donne alla prospettiva di genere

Mentre i diritti delle donne, superando i limiti di una dimensione settoriale,

trovavano accoglimento nelle diverse articolazioni del Codice Internazionale dei Diritti Umani, acquistando così la rilevanza derivante da un documento di grande autorevolezza, d'altro canto la *Commissione sulla Condizione delle Donne*, a partire dal 1963, aveva iniziato a lavorare, su mandato dell'Assemblea Generale, a un progetto che sarebbe stato foriero di ulteriori, fecondi sviluppi. Il 7 novembre 1967 l'Assemblea Generale, con risoluzione n°2263 (XXII), adotta la *Dichiarazione sull'eliminazione della discriminazione nei confronti delle donne - CEDAW*. La ragion d'essere del documento è espressa nel Preambolo, cui fanno seguito 11 articoli. Il testo prende le mosse da alcune enunciazioni di principio che si richiamano a quelle già espresse nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani:

“[...] la fede [...] nella dignità e nel valore della persona umana e nell'uguaglianza dei diritti degli uomini e delle donne.”

Il testo prosegue con la constatazione che, nonostante lo Statuto (la Carta) delle Nazioni Unite, la Dichiarazione suddetta e i Patti internazionali relativi ai diritti umani,

“[...] le donne continuano a essere oggetto di gravi discriminazioni”

e che

“[...] la discriminazione esercitata nei confronti delle donne è incompatibile con la dignità umana e con il benessere della famiglia e della società”.

Riconosce, altresì

“[...] l'importanza del contributo delle donne alla vita sociale, economica e culturale, e la loro funzione nella famiglia e nell'educazione dei figli”

e afferma la convinzione che

“[...] il completo sviluppo di un Paese, il benessere del mondo e la causa della pace richiedono la massima partecipazione, in tutti i campi, tanto delle donne quanto degli uomini”.

Per il resto il documento ripropone la consueta tematica, dai diritti politici (voto, accesso alle funzioni pubbliche, ecc.), ai diritti economici, alle modalità del matrimonio e della condizione familiare, all'istruzione, alla maternità, allo sfruttamento sessuale, al lavoro; la differenza rispetto alla normativa precedente consiste nel fatto che, per la prima volta, si cerca di sistematizzare in un unico quadro di riferimento ogni aspetto della condizione femminile e si invia una forte sollecitazione ai governi perché mettano in atto quanto è in loro potere per promuovere in tutti i modi la piena applicazione dei principi enunciati.

La *Dichiarazione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*, per sua stessa natura, non è un documento vincolante ma una dichiarazione di principi di carattere esortativo, che per assumere valore giuridico necessitava di essere elaborata sotto forma di convenzione.

La Convenzione entra in vigore dal 3 settembre 1981 e gli stati parte risultano, ad oggi, 168; firmata dall'Italia il 17 luglio 1980, ratificata il 14 marzo 1985, è in vigore dal 10 luglio dello stesso anno.

La convenzione CEDAW ripropone i principi già affermati nella precedente omonima Dichiarazione, che qui acquistano forza e operatività di legge. Il Preambolo ripercorre la traccia di quello del precedente documento, ma l'analisi della situazione e delle istanze emergenti si fa qui più dettagliata e se ne avverte con maggiore forza il carattere di priorità e di urgenza. Si torna a constatare il fatto che le donne continuano a essere oggetto di gravi discriminazioni, con violazione dei principi dell'uguaglianza dei diritti e del rispetto della dignità umana; si sottolinea che le limitazioni imposte alle donne rappresentano un ostacolo alla crescita del benessere della società e della famiglia; si osserva - e questo è un elemento di novità - che il ruolo tradizionale dell'uomo nella famiglia e nella società deve evolversi insieme a quello della donna se si vuole effettivamente addivenire ad una reale parità tra uomo e donna.

Nei 30 articoli che la compongono la Convenzione CEDAW non si limita a delineare le garanzie che la legge deve assicurare alle donne, ma indica le misure che gli Stati parte devono impegnarsi ad attuare nel concreto per ottenere una uguaglianza tra donne e uomini, non solo nell'esercizio dei diritti civili e politici, o

sul piano economico, sociale e culturale - cioè in quella che potremmo definire la sfera pubblica dei comportamenti e delle azioni - ma anche nella vita privata, specialmente per quanto attiene ai rapporti che si instaurano all' interno della famiglia. Alla tutela giuridica di impostazione negativa, intesa come definizione di norme restrittive, si affianca dunque l' indicazione di azioni positive che, in apparente contraddizione col principio di parità formalmente intesa, consentano di perseguire concretamente l'obiettivo della parità con l' uomo.

Il programma di azione indica gli obiettivi strategici e le iniziative che i Governi e tutti gli attori economici e sociali devono assumere e realizzare. Esso ruota intorno a tre temi chiave:

1) Genere e differenza: per costruire una pari opportunità è necessario mettere al centro delle politiche la reale condizione di vita delle donne e degli uomini che è diversa. Tali politiche devono perciò valutare il loro impatto sulle reali condizioni di vita di donne e uomini, tenendo presente che esse sono tra loro diverse; per fare questo è fondamentale analizzare la realtà attraverso la costruzione di indagini statistiche articolate per sesso.

2) Empowerment³: questa parola è stata usata nei primi anni '80 dalle femministe del sud del mondo per indicare la comparsa della soggettività delle donne nello spazio pubblico mondiale. *Empowerment* significa "attribuire potere" e responsabilità alle donne non solo nel senso della promozione delle donne nei centri decisionali della società, delle politiche e dell' economia. Potere e responsabilità sono volti soprattutto ad accrescere l' autostima delle donne, ad autovalorizzarsi e accrescere le proprie competenze e abilità. Tutto ciò serve non soltanto alle donne, ma a realizzare uno sviluppo più equo e una politica più democratica.

3) Mainstreaming⁴: questa parola tende ad inserire il punto di vista delle donne in ogni scelta politica, in ogni programmazione, in ogni azione di governo. L' applicazione del *mainstreaming* costituisce uno degli strumenti fondamentali per rinnovare la pratica istituzionale e di governo. La Commissione nazionale per la parità e le pari opportunità tra uomo e donna assume come suo terreno di lavoro

³ Armeni, R. (2011). "*Parola di donna: 100 parole che hanno cambiato il mondo raccontate da 100 protagoniste*". Ponte delle Grazie, Firenze.

⁴ Catemario, M.G., Conti, P. (2003). "*Donne e leadership. Per lo sviluppo di una cultura organizzativa delle amministrazioni pubbliche in ottica di genere*". Rubettino, Roma.

vincolante il Programma di Azione, si impegnerà a sollecitare il Governo, il Parlamento e le forze economiche e sociali perché ne sia rispettata l'applicazione. Fondamentale diventa costruire un legame con le associazioni femminili che sono già impegnate in tal senso, perché riconosce ad esse un ruolo prezioso.

La violenza di genere è considerata oggi anche un problema di sanità pubblica che compromette gravemente la salute della donna, ed è per questo, che deve essere prevenuta e monitorata. A conferma di ciò, la risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità "Prevenzione della violenza: una priorità della sanità pubblica" del 1996 dichiara che la violenza è un problema primario di sanità pubblica a livello mondiale, raccomanda agli Stati membri di valutare il problema della violenza nel proprio territorio e di trasmettere all'OMS le loro informazioni su questo problema e sul loro approccio ad esso; invita, inoltre, il Direttore Generale ad attivare interventi di pubblica sanità indirizzati al problema della violenza che descriveranno i diversi tipi di violenza, la loro dimensione, le cause e conseguenze di questa utilizzando anche una "prospettiva di genere" nell'analisi. La risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità individua un altro punto fondamentale: la valutazione dell'efficacia delle misure e dei programmi di prevenzione del fenomeno, con particolare attenzione alle iniziative territoriali di base, promuovendo azioni per combattere questo problema a livello internazionale e locale, prevedendo misure per fare progressi nel riconoscimento, nella presentazione dei media e nella gestione delle conseguenze della violenza e incoraggiando la ricerca su questo fenomeno considerandola un priorità nella sanità pubblica.

Anche per quanto riguarda la giustizia penale vengono presi provvedimenti a livello mondiale per garantire alle donne un trattamento equo da parte del sistema giudiziario penale e politiche volte a contrastare la violenza di genere. L'Assemblea Generale dell'ONU nel 1998 emana la risoluzione sulla *"Prevenzione del crimine e misure di giustizia penale per eliminare la violenza contro le donne"* e allegate *"Le strategie modello e le misure pratiche sulla eliminazione della violenza contro le donne"*. Questa risoluzione raccomanda agli Stati membri di:

- ✓ rivedere e rivalutare le proprie leggi, le proprie politiche in generale riguardanti la violenza di genere e le proprie misure pratiche riguardo le

questioni penali per stabilire se conformemente al proprio sistema legale, abbiano un impatto negativo sulle donne e eventualmente modificarli in modo da assicurare alle donne un trattamento equo da parte del sistema giudiziario penale;

- ✓ promuovere la sicurezza delle donne in casa e nella società in genere;
- ✓ attuare strategie di prevenzione del crimine che riflettano le reali condizioni di vita delle donne;
- ✓ cercare di soddisfare le esigenze in diverse aree come lo sviluppo sociale, i programmi di educazione alla prevenzione e di progettazione ambientale;
- ✓ inserire una prospettiva di genere nell'attuazione delle politiche, volte alla prevenzione del crimine e alla giustizia penale, di modo che, prima che vengano espressi i giudizi, possa essere fatta un'analisi per garantire che tali giudizi non si basino su alcun ingiusto pregiudizio di genere.

1.2.2 I diritti delle donne nella giurisdizione internazionale negli anni novanta: la Conferenza di Vienna

Nel corso degli anni '90, con il Decennio ONU per la Donna (1975-1985) e tre conferenze mondiali ormai alle spalle, si ripropone il problema della giustiziabilità dei diritti delle donne e viene rimeditata la loro collocazione nell'ambito dei diritti umani. Già la *Risoluzione n° 32/130*, adottata dall'Assemblea Generale il 16 dicembre 1977, aveva riconosciuto l'interdipendenza e indivisibilità di tutti i diritti umani, ma è con la seconda *Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite sui Diritti Umani*, svoltasi a Vienna tra il 14 e il 25 giugno 1993 (con la partecipazione di 171 Stati, 7000 persone, 800 organizzazioni non governative) che la questione torna prepotentemente alla ribalta. La *Dichiarazione conclusiva* e il *Programma d'azione* di Vienna contengono alcune importanti enunciazioni che esplicitano il principio giuridico posto a fondamento dei diritti umani, e una particolare attenzione viene rivolta alla prospettiva di genere. Viene solennemente dichiarato che tutti i diritti umani derivano dalla dignità e dal valore inerente alla persona umana, soggetto centrale dei diritti umani e delle libertà fondamentali; che i diritti umani e le libertà

fondamentali sono un diritto di nascita di tutti gli esseri umani, e la loro difesa e promozione sono le maggiori responsabilità dei governi. Tutti i diritti umani sono universali, indivisibili, interdipendenti e correlati: la comunità internazionale deve trattare i diritti umani globalmente, in modo onesto e leale, sullo stesso piano e con la stessa importanza.

La violenza sessuale e tutte le forme di molestia e sfruttamento sessuale, incluse quelle derivanti da pregiudizi culturali e da traffici internazionali, sono incompatibili con la dignità e il valore della persona umana e devono essere eliminate.

La *Conferenza Mondiale sui Diritti Umani* sollecita i governi e le istituzioni a intensificare i loro sforzi per la protezione dei diritti delle donne e delle bambine; nel sostenere il pieno e uguale godimento di tutti i diritti umani da parte delle donne, sottolinea l'importanza della loro completa integrazione e partecipazione, sia come agenti che come beneficiarie, nel processo di sviluppo. La Conferenza pone l'accento sulla necessità di lavorare per l'eliminazione della violenza contro le donne nella vita pubblica e privata, per l'eliminazione di pregiudizi di genere nell'amministrazione della giustizia, per lo sradicamento di pratiche tradizionali dagli effetti dannosi, pregiudizi culturali ed estremismi religiosi, e contro ogni forma di discriminazione palese o nascosta. Ribadisce che le violazioni dei diritti umani delle donne in situazioni di conflitto armato, tra le quali l'assassinio, lo stupro sistematico, la schiavitù sessuale e la gravidanza forzata, sono da considerare violazioni dei fondamentali principi del diritto umanitario internazionale e richiedono una risposta di adeguata efficacia; (si avverte in questo monito l'eco dei drammatici avvenimenti che in quel periodo ponevano la Jugoslavia all'attenzione del mondo intero). A questo proposito fa appello all'Assemblea Generale perché adotti la bozza di *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*, e solleciti la ratifica universale della *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne* nonché il ritiro delle riserve sollevate da un buon numero degli Stati firmatari. La Conferenza poi riconosce la necessità di mezzi più efficaci di controllo circa l'attuazione delle norme in vigore e invita la Commissione sulla Condizione delle Donne e il Comitato per l'Eliminazione della Discriminazione contro le Donne a esaminare la possibilità di introdurre nuove procedure di denuncia attraverso un *Protocollo aggiuntivo alla CEDAW*.

Le indicazioni date dalla Conferenza di Vienna non sarebbero cadute nel vuoto. Tre sono i passi successivi che ad essa possono essere ascritti:

1. 20 dicembre 1993: l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, con la Risoluzione n° 48/104 adotta la *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*, che entrerà in vigore il 23/2/94.
2. 9 giugno 1994: l'Organizzazione degli Stati Americani adotta la *Convenzione Interamericana sulla prevenzione, la punizione e l'eliminazione della violenza contro le donne (Convenzione di Belem do Para)*.
3. 10 dicembre 1999: l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adotta il *Protocollo aggiuntivo alla Convenzione CEDAW*, che entrerà in vigore il 22/12/2000.

La *Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne*, che in qualche modo è complementare alla *Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne*, rappresenta sicuramente il documento più avanzato prodotto su questa materia a livello internazionale e offre una definizione ampia del concetto di violenza, che viene ricondotto non solo alla dimensione pubblica ma anche a quella privata. L'idea di violenza comprende il danno fisico, sessuale e psicologico derivante da atti violenti quali lo stupro, le mutilazioni genitali, la violenza connessa alla dote o allo sfruttamento, al traffico delle donne e alla prostituzione forzata, ma anche la violenza domestica sotto forma di percosse o di violenza sessuale e l'intimidazione sessuale sul lavoro. Come esplicitamente dichiara il Preambolo, la violenza viene riconosciuta come una manifestazione delle relazioni di potere storicamente asimmetriche tra gli uomini e le donne ed è considerata come uno dei meccanismi sociali attraverso i quali le donne permangono in una condizione subordinata rispetto agli uomini. La violenza è dunque un ostacolo al raggiungimento dell'eguaglianza e rende inefficace - almeno in parte - quanto viene invece riconosciuto a livello giuridico internazionale.

Un risultato internazionale di grande portata è stato invece il *Protocollo opzionale alla Convenzione per l'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti delle donne*, adottato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 6 dicembre 1999, aperto alla firma il 10 dicembre, entrato in vigore a distanza solo di un anno, il

22 dicembre 2000, grazie al numero di ratifiche limitato (10) richiesto a tal fine.

1.2.3 Dalla Convenzione di Istanbul al panorama giuridico italiano

Il rapporto della Special Rapporteur delle Nazioni Unite sulla “violenza contro le donne le sue cause e conseguenze” (15-26 gennaio 2012) descrive un quadro allarmante delle manifestazioni di violenza di genere riscontrate nel nostro paese ed esamina, in parallelo, la condizione generale della donna nella società italiana.

Quanto alla condizione femminile emerge che, in Italia

“gli stereotipi di genere che predeterminano i ruoli di uomini e donne nella società sono profondamente radicati, le donne portano un pesante fardello in termini di cura della casa, mentre il contributo degli uomini ad essa è tra i più bassi del mondo”.

Si rileva poi come, nonostante l'articolo 51 della Costituzione riconosca il principio della parità di genere, le donne siano sottorappresentate nell' ambito dell' impiego pubblico e privato, a livello nazionale, regionale e locale e come i tassi di disoccupazione delle donne e dei giovani sul territorio sono superiori rispetto a quelli degli uomini.

In relazione al fenomeno della violenza sulle donne si legge che la diffusione del fenomeno raggiunge in Italia percentuali quantificate tra il 70 e 87 per cento (a seconda della fonte) e che la violenza domestica costituisce la forma di violenza più pervasiva che colpisce le donne in tutto il paese.

Si evidenzia come il persistere della violenza intrafamiliare si rifletta sul numero crescente delle vittime di femminicidio: nel 2006 sono state uccise (dal partner, dal marito o dall' ex partner) 101 donne, e nel 2010 il numero delle donne uccise da uomini è aumentato a 127.

Si aggiunge che la maggior parte delle manifestazioni di violenza sono sotto-denunciate

“nel contesto di una società patriarcale dove la violenza domestica non è sempre percepita come un crimine, dove le vittime in gran parte

dipendono economicamente dagli autori della violenza e persiste la percezione che le risposte dello Stato non saranno appropriate o utili⁵.”

Ancora una volta la prospettiva sovranazionale fa emergere la necessità di fornire una lettura del fenomeno della violenza sulle donne in Italia (e nel mondo) come discriminazioni di genere, declinate come violazioni dei diritti umani. Si tratta di forme di violenza fisica e psicologica che annientano l'identità privata e pubblica della donna, assoggettandola fisicamente o psicologicamente, e spesso economicamente al volere degli autori del sopruso: esse costituiscono il principale ostacolo alla autodeterminazione individuale e sociale ed al godimento dei diritti fondamentali di più di metà della popolazione mondiale.

L'esistenza di obblighi positivi degli Stati in materia di rispetto della vita privata e familiare è stata affermata dalla Corte Europea dei diritti dell' Uomo in più occasioni con una interpretazione dell' articolo 8 CEDU che prevede per i singoli Stati non solo obblighi negativi (divieto di ingerenze arbitrarie che violano la privacy) ma anche positivi (adozione di misure contro ingerenze arbitrarie ed ingiustificate) per ciò che attiene la tutela dell'integrità fisica e psichica e dell'autodeterminazione della persona nel contesto familiare.

La Corte in diverse occasioni ha riconosciuto la violazione dell'art.14 CEDU (che tutela anche la uguaglianza tra sessi) in via indipendente, considerando il principio di non discriminazione un vero e proprio diritto sostanziale (riconosciuto dalla Convenzione) e cioè un parametro autonomo per valutare la illegittimità di comportamenti dei singoli Stati che favoriscono un'ingiustificata disparità di trattamento.

La violenza sulle donne - e i reati integrati dalle condotte tenute dagli autori della violenza - sono, dunque, riconosciute come comportamenti che violano il principio di uguaglianza “di genere”, diritto fondamentale della persona. Anche la Convenzione del Consiglio d'Europa (Istanbul, 11 maggio 2011) sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica (ratificata dall' Italia il

⁵ *Rapporto della Special Rapporteur sulla violenza contro le donne, le sue cause e conseguenze*, Rashida Manjoo, missione in Italia del 15-26 gennaio 2012, traduzione non ufficiale a cura di Ilenia Granitto, law/comitato per la promozione e protezione dei diritti umani, recepita da Amnesty International sezione italiana, a cura di Giulia Testa in <http://www.amnesty.it/flex/cm/pages/>

10 settembre 2013 a seguito dell' approvazione della legge di ratifica nel giugno del 2013) riconosce che

“il raggiungimento dell' uguaglianza di genere de jure e de facto è un elemento chiave per prevenire la violenza contro le donne”

e che

“la violenza contro le donne è una manifestazione dei rapporti di forza storicamente diseguali tra i sessi”

che hanno portato alla dominazione sulle donne e alla discriminazione nei loro confronti da parte degli uomini e impedito la loro piena emancipazione e che la

“violenza di genere è uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini”.

La Convenzione di Istanbul così come le raccomandazioni della Special Rapporteur delle Nazioni Unite evidenziano come l' analisi del problema debba prendere le mosse dalla lettura della condizione della donna nel nostro Paese. Si raccomanda che gli interventi volti a contrastare la violenza di genere e domestica, attraverso modifiche legislative e politiche, pongano rimedio alla frammentazione normativa in materia, rimuovano gli ostacoli che incidono sulla parità di genere affrontando le attuali disparità nei settori pubblico e privato, garantiscano “protezione” alle donne vittime di violenza e una effettiva tutela dei loro diritti (in particolare quelli di essere informate, assistite e protette) durante il processo. Si pone l' accento sulla necessità di dare corso a campagne di sensibilizzazione con lo scopo di eliminare atteggiamenti stereotipati circa i ruoli e le responsabilità delle donne e degli uomini, in famiglia, nella società e sul lavoro e si sottolinea l' esigenza di una attività di formazione approfondita e puntuale volta a rafforzare le competenze degli operatori del diritto; si evidenzia inoltre la necessità di servizi di supporto (di coordinamento, di raccolta dati e statistiche, di rilevazione dei rischi) condivisi tra le istituzioni (ministeri, forze dell' ordine, magistratura) e organizzazioni della società civile per la valutazione del fenomeno, per approntare misure idonee a contrastarlo e per monitorare gli esiti degli interventi.

Quanto all'intervento giudiziario si evidenzia, tra l'altro, la necessità garantire che i reati previsti in conformità alle convenzioni e leggi interne siano puniti con *sanzioni efficaci, proporzionate e dissuasive, che tengano conto della loro gravità* (articolo 45 – Sanzioni e misure repressive - Convenzione) e si stabilisce che gli stati possano prevedere circostanze aggravanti quando il reato è stato commesso contro l'attuale o l'ex coniuge o partner, da un componente della famiglia, dal convivente della vittima, o da una persona che ha abusato della propria autorità; nel caso in cui il reato sia stato commesso ripetutamente, o contro una persona in circostanze di particolare vulnerabilità, o su un bambino o in presenza di un bambino; quando il reato sia compiuto da due o più persone che hanno agito insieme, oppure con violenza grave o con minaccia o uso di armi, o qualora il crimine abbia provocato gravi danni fisici o psicologici alla vittima.

Si osserva che, nel nostro Paese, le normative prevedono “in astratto” una protezione sufficiente per la violenza contro le donne; tuttavia la frammentazione del quadro giuridico, le punizioni inadeguate dei colpevoli e la mancanza di efficaci rimedi giuridici per le donne vittime di violenza sono fattori che contribuiscono “*al silenzio e all'invisibilità che circondano la violenza contro le donne, le sue cause e le conseguenze*” (cfr. articolo 46 - Circostanza aggravanti).

La legislazione italiana, garantisce “formalmente” alle donne le cosiddette “pari opportunità” e i diritti fondamentali; tuttavia in Italia, come in molti altri Paesi, nonostante i principi della CEDAW siano stati declinati in una normativa interna “di pari opportunità”, di fatto la donna viene ancora discriminata ed è soggetta a violenza quotidiana. Qui, e in altri luoghi, i diritti fondamentali delle donne a livello normativo sono riconosciuti, quello che manca però è una concreta attuazione del quadro normativo esistente, una efficace risposta di prevenzione e repressione oltre ad adeguati stanziamenti di fondi che garantiscano alle donne il concreto godimento dei loro diritti.

In altri paesi (ad esempio il Regno Unito) prevale un approccio culturale alla violenza domestica che colloca la risposta delle istituzioni – coordinata e sistematica – tra le priorità delle politiche governative, come suggerito dalle raccomandazioni internazionali rispetto alla situazione italiana (Cfr. Rapporto della Special Rapporteur, par. VII n. 92). In quei paesi l'efficacia dell'intervento giudiziario è

assicurata dal lavoro dei tribunali specializzati che è parte integrante di un'operare coordinato tra forze di Polizia, magistrati inquirenti e giudicanti, servizi di aiuto alle vittime (*agenzie*). Gli obiettivi dichiarati e perseguiti della risposta comunitaria coordinata sono la tutela della sicurezza della vittima e testimoni e l'assicurazione dei colpevoli alla giustizia. La sicurezza delle vittime (e testimoni) è garantita dall'aiuto e ascolto incondizionato e specialistico offerto loro tramite il lavoro di rete, dalla responsabilizzazione dello Sato (e delle agenzie) nel lavoro di identificazione del fenomeno della violenza nelle relazioni intrafamiliari; dalla deresponsabilizzazione della vittima e dallo "sradicamento" del senso di colpa nelle vittime; dal coordinamento degli interventi delle agenzie, delle politiche e delle prassi.

In Italia il metodo con cui viene affrontato il fenomeno della violenza di genere è prevalentemente centrato sulla considerazione del problema dal punto di vista della "sicurezza pubblica", mentre si fatica a trattare il problema come esigenza di tutela dei diritti fondamentali delle donne e mancano interventi organici che, partendo da un approccio socio-culturale al problema, garantiscano una risposta sistematica e interdisciplinare alla violenza intrafamiliare.

Anche la nuova normativa titolata "*Disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché in tema di protezione civile e di commissariamento delle province*" (D.L. 14 agosto 2013, n. 93 convertito in legge 15 ottobre 2013) risente di queste criticità. Si legge infatti nelle motivazioni del provvedimento che le disposizioni di legge sono state *rese necessarie* dal

"[...] susseguirsi di eventi di gravissima efferatezza in danno di donne e il conseguente allarme sociale che ne è derivato [...]".

Il decreto legge ha ricevuto forti critiche dalla magistratura, dall'avvocatura, dall'accademia e dagli operatori che si occupano della protezione delle vittime (associazioni, case delle donne) che hanno evidenziato, tra l'altro, la mancanza di sistematicità del provvedimento di urgenza, l'assenza di una adeguata indagine conoscitiva preliminare, una linea di intervento che privilegia la finalità di ridurre l'allarme sociale connesso alla commissione di gravi reati "in danno di soggetti

deboli”, piuttosto che la tutela del diritto fondamentale della donna all’ integrità psicofisica.

Occorre tuttavia apprezzare come la legge di conversione, portatrice di importanti modifiche del testo originario, sia stata preceduta da un’ approfondita indagine conoscitiva svolta dalla commissione giustizia della Camera dei Deputati. La legge contiene un intero capo (con 5 articoli) dedicato alla prevenzione e al contrasto del fenomeno che comprende modifiche alla normativa penale (sostanziale e processuale: artt. 1 e 2), una disposizione che prevede una misura di prevenzione per chi commette “condotte di violenza domestica” (art. 3); una norma volta alla tutela delle vittime di violenza domestica qualora si tratti di “stranieri” (art. 4); un piano d’azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere (art. 5).

Si prevedono diverse ipotesi aggravate che paiono rispondere ai criteri suggeriti dalla Convenzione di Istanbul. Tra esse si apprezza l’introduzione della aggravante comune (art. 61 n. 11- quinquies c.p.) per tutti i delitti non colposi contro la vita e la incolumità individuale, contro la libertà personale (connotati cioè da violenza fisica) oltre che per il delitto di maltrattamenti in famiglia, commessi in danno o in presenza di minori (*tout court* e non solo infraquattordicenne) o in danno di “persona” in stato di gravidanza. Per la prima volta viene dato rilievo giuridico al fenomeno della *violenza assistita* intesa come complesso di ricadute fisiche, psicologiche, sociali e cognitive a breve e lungo termine sui minori costretti a episodi di violenza.

E’ un passo importante verso una più efficace tutela dei minori rispetto al dilagare del fenomeno in ambito familiare che consiste nel

“fare esperienza da parte del/della bambino/bambina di qualsiasi forma di maltrattamento, compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica, su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative⁶.”

Di tale violenza il bambino può fare esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo: ad es. vede il padre picchiare la madre), indirettamente (quando è a conoscenza della violenza: ad es. per averla appresa dai racconti di

⁶ Definizione proposta al III Congresso del Cismai - Coordinamento Italiano dei Centri e dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’Infanzia – Firenze, 2003.

parenti o conoscenti) e/o percepiscono gli effetti (ad esempio, vede la madre piangere o ferita).

La violenza assistita solo di recente è stata oggetto di studi sistematici ed organici. Gli stereotipi culturali che alimentano la negazione o la minimizzazione della violenza all'interno della famiglia, la minore evidenza del trauma psicologico ed emotivo del bambino rispetto a quello fisico e, alle volte, i meccanismi difensivi degli operatori, hanno impedito a lungo di apprezzare la reale portata del fenomeno e i danni riportati dai minori. Il riconoscimento a livello giuridico del fenomeno e la previsione della circostanza aggravante devono, dunque, essere visti con favore.

Anche le altre "aggravanti" - relative alle ipotesi di violenza sessuale consumata nei confronti di donne in stato di gravidanza o nei confronti di persona della quale il colpevole sia coniuge (anche divorziato o separato) ovvero colui che alla stessa persona è o è stato legato da relazione affettiva (del partner o ex partner) anche senza convivenza -, così come gli interventi che attengono al delitto di *stalking* (ipotesi aggravate estese ai fatti commessi dal coniuge separato o divorziato o da persona che "è" o "sia stata" legata da relazione affettiva) vanno nel segno delle disposizioni internazionali e avviano il mutamento "culturale" necessario a rendere più efficace l'intervento giudiziario. Esse paiono guardare alla "realtà" così come si manifesta: la violenza intrafamiliare è un fenomeno che nasce dalla convinzione di poter dominare i diritti corporei, spirituali, economici e relazionali del partner, ed è, per la maggior parte, fenomeno maschile.

Più complessa è la valutazione delle questioni relative alla "procedibilità" del reato di *stalking*. Sono note le difficoltà che la revocabilità dell'istanza di parte comporta in relazione all'andamento del processo penale (possibili estinzioni del reato in situazioni ancora potenzialmente pericolose per la persona offesa, effetti sulle misure cautelari, problemi di "tenuta probatoria", etc.) e tuttavia la ipotizzata previsione della irrevocabilità della querela non pare sufficiente (in assenza di altri interventi sistematici a sostegno della persona offesa in ambito sociale/interdisciplinare) a rafforzare la volontà e la determinazione della donna nell'interrompere situazioni di violenza.

L'originario disposto dell'articolo 612 bis c.p. aveva previsto che il reato fosse procedibile a querela (salvo casi di connessione con reati procedibili d'ufficio o di

persona offesa minorenni o disabili) estendendo però il termine per la sua presentazione fino a sei mesi come previsto per i reati sessuali (609 septies cp). Poi, in esito ad un articolato dibattito, il legislatore aveva deciso di non proporre la clausola di irrevocabilità prevista invece per i reati sessuali. Tale decisione aveva sollevato critiche in ragione dei rischi cui poteva essere esposta la vittima, possibile obiettivo di minacce e violenze da parte dell'autore del reato al fine di "guadagnare" il ritiro della querela. Il decreto legge, con l'intento di porre rimedio a tali criticità, aveva introdotto la irrevocabilità della querela, fortemente criticata nel corso del dibattito che ha seguito l'intervento di urgenza.

All'esito della indagine conoscitiva che ha preceduto l'emanazione la legge di conversione nel tentativo di trovare un equilibrio tra l'esigenza del rispetto della libertà della vittima del reato e la tutela della stessa da pressioni indebite ha ripristinato il regime della revocabilità della querela, salvo il caso in cui le condotte persecutorie si realizzano attraverso minacce reiterate gravi ai sensi dell'articolo 612, secondo comma, codice penale. E ha posto come condizione che la remissione sia esclusivamente "processuale". L'intenzione del legislatore pare essere quella di affidare al giudice il vaglio della spontaneità della remissione e prevenire illeciti condizionamenti", ipotesi peraltro discutibile, posto che ai sensi degli artt. 340 c.p.p. e 152 c.p. la remissione è "processuale" anche se resa avanti alla polizia giudiziaria o procuratore speciale.

Occorre tuttavia ricordare che l'articolo 55 della Convenzione di Istanbul del Consiglio di Europa prevede che la repressione dei reati nell'ambito di cui essa tratta (prevenzione e lotta contro la violenza nei confronti delle donne e violenza domestica) non dovrebbe dipendere interamente da una segnalazione o denuncia della vittima; l'intervento legislativo pare dunque non seguire la linea indicata dalla fonte sovranazionale.

Sono da salutare con favore le **pregnanti modifiche volte ad assicurare alla vittima del reato una più efficace informazione e assistenza e protezione**, in conformità alle disposizioni della direttiva 2012/29/UE (che istituisce norme minime in materia di diritti, assistenza e protezione delle vittime di reato) e alla Convenzione di Istanbul che prevede che gli stati adottino misure "che consentano alle vittime di ottenere un'informazione adeguata e tempestiva sui servizi di sostegno e le misure

legali disponibili” (Cfr. art. 19 Conv. Istanbul), che garantiscano loro adeguata protezione, “assistenza legale e gratuito patrocinio alle condizioni previste dal diritto interno in una lingua che comprendono” (Cfr. art. 57 Conv. Istanbul).

Ulteriori tutele sono garantite alle vittime dei reati di lesioni e percosse commessi in ambito familiare: nei casi in cui le forze dell’ordine, i presidi sanitari e le istituzioni pubbliche ricevono dalla vittima notizia dei reati di cui agli articoli 581 e 582 del codice penale nell’ambito della violenza domestica hanno l’obbligo di fornire alla vittima tutte le informazioni relative ai centri antiviolenza presenti sul territorio e, in particolare, nella zona di residenza della vittima e di mettere in contatto la vittima con i centri antiviolenza, qualora ne faccia espressamente richiesta.

L’obbligo sussiste in ordine a notizie dei reati di cui si è detto commessi nell’ambito della **violenza domestica** di cui il legislatore fornisce per la prima volta la definizione (Cfr. art.3 comma 5 DL 14 agosto 2013, conv. in L.15 ottobre 2013, n. 119):

“più atti, gravi ovvero non episodici, di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano all'interno della famiglia o del nucleo familiare o tra persone legate, attualmente o in passato, da un vincolo di matrimonio o da una relazione affettiva, indipendentemente dal fatto che l'autore di tali atti condivida o abbia condiviso la stessa residenza con la vittima.”

Inoltre, si prevede l’obbligo di comunicazione alla persona offesa delle richieste di revoca e sostituzione delle misure cautelari e dei provvedimenti di revoca e sostituzione delle misure applicate nei procedimenti aventi ad oggetto delitti commessi con violenza alla persona.

Viene poi estesa la possibilità di acquisire testimonianze con modalità protette quando la vittima è persona maggiorenne che versa in uno stato di particolare vulnerabilità e i reati di *stalking*, maltrattamenti familiari.

Si prevede, inoltre, *l’arresto obbligatorio in flagranza di reato* di chiunque è colto in flagranza dei delitti di cui agli artt. 572 e 612 bis c.p., consumati o tentati e la facoltà di disporre la misura *dell’allontanamento d’urgenza dalla casa familiare ad opera della polizia giudiziaria* (e il possibile giudizio direttissimo) nei confronti di

chi è colto in flagranza di gravi delitti (tra i quali violazione degli obblighi di assistenza familiare, abuso di mezzi di correzione, lesioni aggravate, riduzione in schiavitù, prostituzione minorile, reati sessuali, minacce gravi, commessi in danno di prossimi congiunti o conviventi) ove sussistano fondati motivi per ritenere che le condotte criminose possano essere reiterate ponendo in grave ed attuale pericolo la vita o l'integrità fisica o psichica della persona offesa.

Tale facoltà del tutto nuova nel panorama dell' intervento delle forze di polizia risulta conforme alle previsioni della Convenzione di Istanbul che all' articolo 52 prevede - Misure urgenti di allontanamento imposte dal giudice - e recita che gli Stati

“adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per garantire che le autorità competenti si vedano riconosciuta la facoltà di ordinare all'autore della violenza domestica, in situazioni di pericolo immediato, di lasciare la residenza della vittima o della persona in pericolo per un periodo di tempo sufficiente e di vietargli l'accesso al domicilio della vittima o della persona in pericolo o di impedirgli di avvicinarsi alla vittima. Le misure adottate in virtù del presente articolo devono dare priorità alla sicurezza delle vittime o delle persone in pericolo”.

Le previsioni normative relative all' arresto obbligatorio e allontanamento dell'autore del reato dalla casa familiare, se pure presentano imprecisioni e difetti di coordinamento rilevati dai primi commentatori e già evidenziate nelle prime applicazioni della nuova legge, meritano attenzione, non fosse altro che per la loro rispondenza alle esigenze di protezione immediata della vittima.

E' noto infatti che le richieste che le donne rivolgono al sistema penale sono

“anzitutto domande di protezione e sicurezza di un intervento immediato e diretto a controllare e a far cessare le violenze. La domanda di giustizia intesa come punizione del colpevole, come male da infliggere in risposta a un male ricevuto appare un obiettivo residuale⁷.”

Da quanto esposto sin'ora, si evince che per promuovere il cambiamento culturale necessario ad affrontare il fenomeno della violenza di genere declinato come violazione dei diritti fondamentali della persona e migliorare l' efficacia dell'

⁷ Arcidiacono, D. & Creazzo, G. (2013). *Le risposte del sistema della giustizia penale alle violenze nelle relazioni di intimità*, in “Se le donne chiedono giustizia” a cura di Giuditta Creazzo, Bologna: Il Mulino, pp. 275-327.

intervento giudiziario resta molto da fare. Occorrono investimenti, risorse umane e progettualità capaci di farsi carico della realtà della condizione delle donne in Italia e degli ostacoli materiali che le vittime incontrano quando vogliono uscire dalla violenza, offrendo loro supporto e protezione. Il piano di azione straordinario contro la violenza sessuale e di genere previsto dalla novella va nella direzione giusta ma è solo un primo passo, cui necessariamente dovranno seguirne altri.

1.3 Tipologie della violenza di genere

La violenza sulle donne assume molteplici forme e modalità, sebbene la violenza fisica sia la più facile da riconoscere.

Maltrattamento fisico

Ogni forma d' intimidazione o azione in cui venga esercitata una violenza fisica sulla donna. Vi sono compresi comportamenti quali: spintonare, costringere nei movimenti, sovrastare fisicamente, rompere oggetti come forma di intimidazione, sputare contro, dare pizzicotti, mordere, tirare i capelli, gettare dalle scale, cazzottare, calciare, picchiare, schiaffeggiare, bruciare con le sigarette, privare di cure mediche, privare del sonno, sequestrare, impedire di uscire o di fuggire, strangolare, pugnalarlo, uccidere.

Maltrattamento economico

Ogni forma di privazione e controllo che limiti l' accesso all' indipendenza economica della donna. Vi sono inclusi comportamenti quali: privare delle informazioni relative al conto corrente, al reddito e alla situazione patrimoniale del partner, non condividere le decisioni relative al bilancio familiare, costringere la donna a spendere il suo stipendio esclusivamente nelle spese domestiche, costringerla a fare debiti, tenerla in una situazione di privazione economica continua, rifiutarsi di pagare un congruo assegno di mantenimento o costringerla a umilianti trattative per averlo, licenziarsi per non pagare gli alimenti, impedirle di

lavorare, sminuire il suo lavoro, obbligarla a licenziarsi o a cambiare tipo di lavoro oppure a versare lo stipendio sul conto dell' uomo.

Violenza sessuale

Ogni imposizione di pratiche sessuali non desiderate. Vi sono compresi comportamenti quali: coercizione alla sessualità, essere insultata, umiliata o brutalizzata durante un rapporto sessuale, essere presa con la forza, essere obbligata a ripetere delle scene pornografiche, essere "prestata" ad un amico per un rapporto sessuale.

Maltrattamento psicologico

La violenza psicologica accompagna sempre le altre forme di violenza. E' ogni forma di abuso e mancanza di rispetto che lede l' identità della donna. Si "convince" chi ne è oggetto che è una persona priva di valore determinando in chi la subisce l' accettazione di altri comportamenti violenti. Si tratta spesso di atteggiamenti che si insinuano gradualmente nella relazione e spesso, a lungo andare, la donna non riesce più a vedere quanto siano lesivi della sua persona. Il maltrattamento psicologico procura una grande sofferenza e si manifesta con molteplici tipologie e modalità: convincere la donna che non vale niente, sminuirla nella sua femminilità e sessualità, offenderla, dirle che è stupida e brutta, dirle che è una pessima madre, fare leva sulle debolezze per farla sentire inadeguata e per farla sentire in colpa, farle delle critiche continue, distruggere la rete amicale, trattare come un oggetto, richiedere di cambiare il proprio aspetto fisico per compiacere il partner, manipolare lo stato psichico della donna e farle assumere comportamenti diversi da quelli che lei vorrebbe, gelosia eccessiva, maniacale possessività, continuo controllo di cosa fa e dove va, privazione di rapporti con la famiglia di origine, impedirle di avere contatti autonomi con il mondo esterno, considerarla come una proprietà, attribuzione di un sovraccarico di responsabilità nell' organizzazione del menage familiare, negare le risorse necessarie al soddisfacimento dei diritti umani fondamentali, distorsione della realtà oggettiva e critica continua alla visione del mondo della donna, messa in dubbio delle cose che da lei vengono provate e viste,

negazione dei suoi sentimenti, far passare per normali gravi maltrattamenti o abusi, dirle sempre che è pazza, minacciarla continuamente ed indurre uno stato costante di paura.

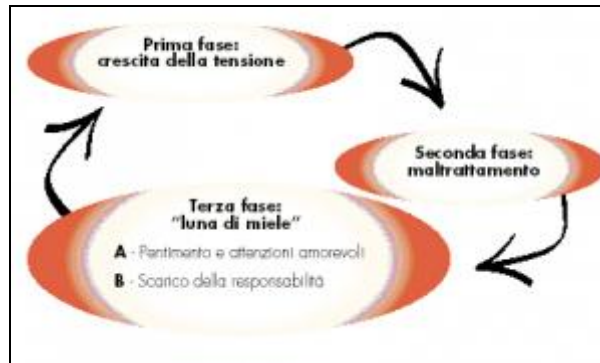
Stalking

Si tratta di una forma di vera e propria persecuzione che si protrae nel tempo (può durare mesi o anni) che si compone di una serie di comportamenti tesi a far sentire la vittima continuamente controllata ed in uno stato di pericolo e tensione costante. Ad esempio: seguire la donna nei suoi spostamenti, aspettarla sotto casa, fare incursioni sul posto di lavoro al fine di provocare il suo licenziamento, fare continue telefonate in tutte le ore del giorno e della notte, danneggiare la macchina o lasciare scritte infamanti nei luoghi frequentati dalla donna, minacciare di morte.

1.4 Il “ciclo” della violenza e le conseguenze sulla vittima

Ciò che viene denominato come “ciclo della violenza” è la rappresentazione di un circuito che si sviluppa nel corso del tempo in modo graduale, a partire da violenze verbali o atteggiamenti svalorizzanti. Gli episodi violenti si scatenano spesso per motivi banali e sono seguiti da scuse e pentimento da parte del partner/aggressore, alternando così la crisi violenta con la cosiddetta “luna di miele”, periodo in cui il rapporto, apparentemente più saldo, riprende come se niente fosse accaduto. La donna, nella speranza che il domani sarà diverso, che il pentimento sortisca in un cambiamento strutturale, si trova a minimizzare le tensioni e a nascondere all’ esterno e a se stessa il proprio disagio e la pericolosità della situazione.

Immagine del Ciclo della Violenza



fonte: www.donnasicura.org

Come si evince dall'immagine, il fenomeno della violenza è ciclico e si sviluppa in tre distinte fasi. L'innescò del cosiddetto "ciclo della violenza" è preceduto da un comportamento strategico dell'uomo mirante a isolare la donna e farle rompere ogni legame significativo di tipo familiare, amicale e con il lavoro, in quanto si basa su un'asimmetria di potere tra i sessi rafforzata dagli stereotipi che relegano la donna quasi esclusivamente ad un ruolo tradizionale di cura e di sostegno per le diverse figure maschili (padri, fratelli, partner e figli)⁸⁻⁹.

1. Fase di crescita della tensione: In questa fase la donna inizia ad avvertire la crescente tensione e cerca di prevenire l'escalation di violenza concentrando tutta la sua attenzione e le sue energie sull'uomo. Spera in tal modo di calmare le acque, diminuire la tensione e controllare l'agire violento del partner. L'uomo non agisce direttamente la violenza ma questa trapela dalla mimica, dal silenzio ostile e dagli atteggiamenti scontroso.

2. Fase di maltrattamento: In questa fase l'uomo perde il controllo di sé e si verifica l'episodio violento. Prima di aggredire fisicamente la compagna, il maltrattante può insultarla, minacciarla e rompere oggetti. Generalmente la violenza fisica è graduale: i primi episodi sono caratterizzati da spintoni, braccia torte, per poi arrivare a schiaffi, pugni e calci o e all'uso di oggetti contundenti ed armi. In questo stadio, per sottolineare il proprio potere, l'uomo può agire violenza sessuale. La donna non

⁸ Bourdieu, P. (1998). *"Il dominio maschile"*. Feltrinelli, Milano.

⁹ Haziel, V. (2007). *"E Dio negò la donna. Come la legge dei padri perseguita da sempre l'universo femminile"*. Sperling & Kupfer, Milano.

reagisce perché grazie a piccoli e perfidi attacchi il terreno è stato preparato e lei ha paura. L'aggressione da parte del partner le provoca un senso di tristezza e di impotenza, può protestare ma non si difende.

3. Fase di luna di miele: Questa fase si suddivide in due diversi momenti. Nella prima sottofase (A), denominata “delle scuse e delle attenzioni amorevoli”, l'uomo chiede scusa e si dimostra “dolce, attento e premuroso” per farsi perdonare. E' frequente che l'uomo faccia regali, promesse di andare in terapia e di “fare tutto il possibile per cambiare” affinché la donna non lo lasci e si separi da lui. Sono usuali, anche, le minacce di suicidio. La donna si trova di fronte l'uomo affascinante e amorevole dei primi periodi della relazione. La donna accoglie il partner e le sue false richieste d'aiuto per cambiare pensando di essere l'unica in grado di poterlo aiutare e salvare. Nella seconda sottofase (B) detta di “scarico della responsabilità” l'uomo attribuisce la colpa del suo comportamento a cause esterne, come il lavoro stressante, la situazione economica etc. , e soprattutto alla donna che lo ha provocato o ha fatto qualcosa che giustifica la sua aggressione. Nella donna prevale il senso di colpa per non essere stata come l'uomo voleva o si aspettava. Tutto ciò consolida all'interno della coppia lo squilibrio relazionale tra l'uomo che abusa e la fiducia in lui riposta dalla compagna.

Quando la violenza è radicata i cicli si ripetono e come una spirale con il tempo accelerano di crescente intensità. Con il passare del tempo, la fase di luna di miele si riduce e le prime due fasi diventano più frequenti, e con conseguenze più gravi per la donna. Se il processo ciclico non viene interrotto la vita della donna può essere in pericolo.

E' fondamentale ricordare che, all'inizio della relazione violenta, la donna è convinta di poter tenere sotto controllo la situazione e chiede aiuto per problemi sanitari legati all'episodio violento, per sostegno alla coppia, per contenere o cambiare lui. Solo dopo il ripetersi di vari episodi di maltrattamento, la donna prende consapevolezza che non può né controllare, né cambiare lui e sviluppa una motivazione più forte ad uscire dalla relazione violenta.

Subire violenza è un' esperienza traumatica, che produce effetti diversi a seconda del tipo di violenza subita e della persona che ne è vittima.

La violenza di genere ha effetti devastanti sulle donne sia a livello fisico che psichico; inoltre, può avere conseguenze sia di tipo acuto/temporaneo sia di tipo cronico/permanente¹⁰:

➤ **CONSEGUENZE FISICHE:**

MALATTIE ACUTE

- ✓ LESIONI TRAUMATICHE (CONTUSIONI, PIAGHE, FRATTURE, LACERAZIONI)
- ✓ INVALIDITÀ TEMPORANEE
- ✓ DANNI FUNZIONALI
- ✓ MALATTIE SESSUALMENTE TRASMISSIBILI (HIV)

MALATTIE CRONICHE

- ✓ INVALIDITÀ PERMANENTI
- ✓ DISTURBI PSICOFISIOLOGICI (DIABETE, ASMA, DISTURBI CARDIOVASCOLARI)
- ✓ DOLORI PELVICI CRONICI ED INFEZIONI GENITO-URINARIE
- ✓ DISORDINI GASTROINTESTINALI E SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE.

➤ **CONSEGUENZE PSICOLOGICHE:**

- ✓ DISTURBI SESSUALI/DISFUNZIONI SESSUALI
- ✓ SINDROME POST-TRAUMATICA DA STRESS (DSPT)
- ✓ ANSIÀ, FOBIA E ATTACCHI DI PANICO, DISTURBI OSSESSIVO COMPULSIVI
- ✓ DEPRESSIONE
- ✓ DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE
- ✓ BASSA AUTOSTIMA
- ✓ DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE
- ✓ ABUSO, DIPENDENZA DA DROGHE E FARMACI

➤ **CONSEGUENZE SOCIALI:**

- ✓ COMPORTAMENTI SESSUALI A RISCHIO
- ✓ ISOLAMENTO SOCIALE E FAMILIARE
- ✓ TENTATIVI DI SUICIDIO
- ✓ PERDITA DEL LAVORO E/O DIFFICOLTÀ A MANTENERLO

Quanto elencato ci permette di confermare come la violenza subita da una donna comprometta seriamente la sua salute, quest' ultima intesa non più come mera assenza di una malattia ma come completo benessere fisico, psicologico e sociale secondo la definizione dell' Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS.

¹⁰ Provincia Pisa, Assessorato alle Pari opportunità, *Manuale per intervenire contro la violenza di genere interpersonale. Suggerimenti Pratici e prassi operative*, Pisa, 2010, pp. 11-12.

Le conseguenze possono essere molto gravi ed è necessario considerare che la degenerazione di alcune situazioni dipende, spesso, dal tipo di risposta che una donna riceve nel momento in cui chiede aiuto all' esterno, dal sostegno o dal mancato sostegno che ha trovato nei familiari non abusanti, nelle amiche o nei professionisti. Il percorso di ricerca di aiuto può essere lungo e difficile. Ogni donna è diversa, ciascuna ha una propria soglia di tolleranza della violenza e si trova ad agire in contesti differenti. Alcune pongono fine alla relazione dopo il primo episodio, altre cercano per mesi e per anni di fare in modo che "lui cambi" e si decidono a lasciare il partner violento soltanto quando ogni strada è stata percorsa. Il fatto stesso di ammettere che c'è un problema e che non può risolverlo da sola produce sofferenza. Inizialmente, la donna - mantenendo la relazione con il partner - cerca in tutti i modi di fermare la violenza, senza ricorrere all' aiuto esterno, facendo leva sulle sue risorse personali. Successivamente, cerca l' appoggio di familiari e parenti e, infine, nel caso in cui non si sia verificato alcun cambiamento, ricorre a soggetti istituzionali come Servizi sociali e Forze dell' Ordine.

1.4.1 Il Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) nelle vittime di violenza

La caratteristica essenziale del Disturbo Post-traumatico da Stress è lo sviluppo di sintomi tipici che seguono l' esposizione a un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all' integrità fisica personale o di un' altra persona.

La risposta della persona all' evento può comprendere paura intensa, il sentirsi inerme o il provare orrore. I sintomi caratteristici che risultano dall' esposizione ad un trauma includono il continuo rivivere l' evento traumatico, l' evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma, l' ottundimento della reattività generale, sintomi costanti di aumento dell' arousal.

Questo quadro è presente per più di un mese e il disturbo causa disagio significativo e menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti per la vita.

L'evento traumatico può essere ri-vissuto in vari modi. Comunemente la persona presenta ricordi ricorrenti e intrusivi dell' evento o sogni sgradevoli ricorrenti durante i quali l'evento può essere ripetuto o rappresentato. In rari casi la persona vive stati dissociativi che durano da pochi secondi a diverse ore, o anche giorni, durante i quali vengono rivissute parti dell'evento e la persona si comporta come se stesse vivendo l'evento in quel momento. Questi episodi, spesso chiamati "flashbacks", sono tipicamente brevi, ma possono essere associati con disagio prolungato ed innalzato stato di attivazione. Inoltre, vengono evitati in modo persistente gli stimoli associati con il trauma; la donna si sforza volontariamente di evitare pensieri, sentimenti o conversazioni che riguardano l'evento traumatico e di evitare attività, situazioni o persone che suscitano ricordi di esso. Questo evitamento può comportare amnesia per qualche aspetto importante dell'evento traumatico.

Di solito dopo l'evento traumatico inizia una riduzione della reattività verso il mondo esterno, a cui ci si riferisce come "paralisi psichica" o "anestesia emozionale"; si presentano una marcata riduzione dell'interesse o della partecipazione ad attività precedentemente piacevoli, o di sentirsi distaccato o estraneo nei confronti delle altre persone, o di avere una marcata riduzione della capacità di provare emozioni; inoltre può avere un senso di diminuzione delle prospettive future (ad esempio, non aspettarsi di avere una carriera, un matrimonio, figli o una normale durata di vita).

La persona presenta sintomi persistenti di ansia non presenti prima del trauma; questi sintomi possono includere difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno, che può essere causata da incubi frequenti durante i quali viene rivissuto l'evento traumatico, ipervigilanza, ed esagerate risposte di allarme. Alcuni riferiscono irritabilità o scoppi d'ira o difficoltà a concentrarsi o a eseguire compiti.

Spesso si manifestano intenso disagio psicologico o reattività fisiologica quando la persona viene esposta ad eventi scatenanti che assomigliano o simbolizzano un aspetto dell'evento traumatico (per es. anniversari dell'evento; entrare in ascensore per una donna che è stata sottoposta a violenza in un ascensore).

Si può manifestare, infine, la seguente costellazione di sintomi: lamentele somatiche; sentimenti di inefficienza, vergogna, disperazione o mancanza di speranza; sentirsi irreparabilmente danneggiati; perdita di convinzioni

precedentemente sostenute; ostilità; ritiro sociale; sensazione di minaccia costante; compromissione delle relazioni con gli altri; oppure cambiamento delle caratteristiche precedenti di personalità.

1.5 La richiesta d'aiuto e la risposta dei Centri Anti-Violenza

Il percorso di ricerca di aiuto può essere lungo e difficile. Ogni donna è diversa e si trova ad agire in contesti differenti. Molte donne cercano per mesi e per anni di fare in modo che “lui cambi” e si decidono a lasciare il partner violento soltanto quando ogni strada è stata percorsa; hanno bisogno di tempo e di un lungo percorso di sostegno per riconoscere la gravità della violenza subita, riconquistare fiducia in se stesse e trovare il coraggio di mettersi in salvo, pianificando la propria fuga.

L'isolamento, il progressivo indebolimento della stima di sé e del controllo sulla propria vita, i diversi ostacoli sopra indicati, contribuiscono ad aumentare la difficoltà nel chiedere aiuto. Trovare risposte positive e servizi adeguati all'esterno, può aiutare la donna a non sentirsi sola, a riflettere sui suoi bisogni, ad intraprendere un percorso di rielaborazione del proprio vissuto e a prendere decisioni rispetto alla sua sicurezza e a quella dei suoi figli.

Quando le donne tentano di uscire da situazioni di violenza e si rivolgono a diversi soggetti (amiche, colleghe, Centri Anti-Violenza, assistenti sociali, medici, forze dell'ordine, etc.) per chiedere aiuto, possono essere particolarmente vulnerabili e vivono ogni momento di comunicazione all'esterno del proprio vissuto con grande sofferenza. E' questa una fase delicata e spesso decisiva rispetto alla possibilità di costruire insieme alle donne un percorso di uscita dalla violenza.

Le richieste di aiuto che le donne avanzano sono di varia natura; chiedono aiuto economico, sostegno scolastico per i figli, ricerca di lavoro, non parlano in modo esplicito della violenza subita, e sperano che qualcuno ponga loro delle domande per far emergere il problema. E' un processo di consapevolezza graduale

e di presa di contatto con la realtà non sempre lineare, complesso e difficile, paragonabile al *percorrere a ritroso una strada in salita*, un percorso i cui ostacoli possono nascere anche dal tipo di risposte che si incontrano all'esterno o, come ancora troppo spesso accade, dall'assenza di risposte.

Tutti gli attori sociali dovrebbero avere le informazioni e le competenze necessarie per cogliere gli indicatori che evidenziano la presenza di situazioni di violenza e dovrebbero indirizzare precocemente ed opportunamente le donne verso i Centri Anti-Violenza.

I Centri Anti-Violenza (CAV) sono luoghi di donne che accolgono donne che subiscono violenza da parte degli uomini.

I Centri lavorano in rete con i servizi territoriali non sostituendosi e non sovrapponendosi ad essi. La loro unicità sta nell'essere luoghi di un quotidiano muoversi tra privato e pubblico, tra l'urgenza dell'ascolto e dell'aiuto individuali e la costruzione di progetti di libertà delle donne, incompatibili con ogni forma di violenza.

I CAV cominciano ad organizzarsi a partire dagli anni '60-'70 traendo origine dai movimenti delle donne e dall'esperienza del femminismo, dai collettivi e da associazioni che avevano animato l'esperienza politica di quegli anni. La riflessione tra donne a partire dalle proprie vite, le esperienze vissute, il partire da sé, mettendo in discussione ruoli tradizionali e aspettative ancorate alle differenze di genere, ha rappresentato la base per la nascita e la costruzione di nuovi spazi di relazione tra donne. I Centri antiviolenza avviano un percorso e la loro storia sulla consapevolezza della natura strutturale della violenza alle donne:

“Riconoscendo la natura strutturale della violenza contro le donne, in quanto basata sul genere, e riconoscendo altresì che la violenza contro le donne è uno dei meccanismi sociali cruciali per mezzo dei quali le donne sono costrette in una posizione subordinata rispetto agli uomini¹¹”.

Proprio l'esperienza del movimento delle donne, i gruppi di autocoscienza, il femminismo e le sue articolate riflessioni teoriche hanno contribuito all'

¹¹ Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica Istanbul, 11 maggio 2011

affermazione che la storia di ciascuna donna, della singola esperienza riguarda tutte e tutti, e cambiare le condizioni delle donne nella società produce cambiamenti che riguardano tutte e tutti.

Nascono così le prime case rifugio, perché nei gruppi di autocoscienza femminista il fenomeno della violenza in famiglia, da parte dei partner, risultava il dato comune e dominante. Diventava un bisogno e un desiderio quello di rifugiarsi in luoghi protetti, al riparo dalla violenza per ricominciare a ricostruire la propria vita libera dalla violenza. Una vera e propria sfida al potere assoluto, secolare e immutabile degli uomini e del loro dominio esercitato in famiglia, ritenuta pilastro e nucleo della società.

Queste prime esperienze - di mogli e compagne che si allontanano da casa per fuggire dalla violenza scegliendo di vivere con altre donne - hanno rappresentato la possibilità di sovvertire l'ordine preesistente, dato per scontato e assodato, immutabile: la natura patriarcale della struttura economica culturale e sociale.

Dalla nascita della prima Casa delle donne nel 1989, in meno di un decennio, in Italia, sono nati 70 Centri Anti-Violenza, riunitisi per la prima volta a Ravenna nel 1996 in un incontro appassionato e ricco di idee, in cui emerse la necessità di redigere una piattaforma di pratiche politiche condivise. E fu sempre da Ravenna che partì la necessità di mettersi in rete, di formalizzare la costituzione della Rete Nazionale dei Centri Antiviolenza, per darsi forza, rendersi visibili e avere la capacità di incidere sulle Istituzioni per rispondere ai bisogni e ai desideri delle donne.

I Centri hanno offerto, in tutti questi anni, servizi alla società, aiutando le donne a riconoscere la violenza nelle relazioni, sostenendole nel percorso di uscita dalla violenza e per l'affermazione dell'indipendenza e della libertà. I Centri hanno costruito progetti con le donne trasformando così il servizio in azione politica di cambiamento dell'intera società. Unici depositari di saperi ed esperienze, acquisiti nel corso degli anni, i Centri hanno saputo creare relazioni utili con le istituzioni e con tutti i soggetti che a vario titolo sono coinvolti nella prevenzione e nel contrasto della violenza alle donne. E' così che la sinergia e la collaborazione può creare valore aggiunto tra pubblico e privato sociale anche in un'ottica di cambiamento della lettura del fenomeno della violenza alle donne.

Come si evince dall' inizio del presente capitolo, il concetto di violenza contro le donne è strettamente legato alle relazioni di coppia, alle rappresentazioni sociali dei rapporti di genere, ai codici simbolici di lettura dei gesti e degli atteggiamenti comunemente appresi, all' identità di genere femminile e maschile, al potere. Il lavoro con le donne che subiscono violenza comporta un focus necessario sull'argomento, poiché non viene avviato un percorso di cambiamento di sé, ma di realizzazione di sé; viene facilitato ciò che, per la donna, è potenzialmente e realisticamente possibile perseguire. Alle donne non vengono offerte soluzioni precostituite, ma un sostegno specifico e informazioni adeguate, affinché possano trovare la soluzione adatta a sé e alla propria situazione.

La metodologia prevede che ogni azione (denuncia, separazione, attivazione dei servizi, ecc.) venga intrapresa solo con il consenso della donna e che si lavori sempre per il suo vantaggio, attraverso una modalità che consenta alla donna di parlare di sé, offrendole la possibilità di credere in se stessa, secondo i presupposti della protezione, della riservatezza e del non giudizio da parte delle operatrici.

Il modello di rete da adottare deve essere “aperto” per attivare, anche in progress, l' inserimento di “nodi di servizio” ulteriori rispetto a quelli già individuati e assicurare una presa in carico integrata che coinvolge e sfrutta tutte le opportunità che la rete locale può avere a disposizione; ciò permette di dare una risposta, in modo globale, alla situazione multiproblematica che la donna solitamente presenta. Il Centro è un luogo di transito verso l'autonomia e la crescita personale, un luogo per sottrarsi alla violenza, è un luogo di avvicinamento alla libertà, in quanto la donna che vi si rivolge ai Centri è soggetto agente, attrice principale del suo percorso di uscita della violenza, un percorso che la porta a riprendere in mano la sua esistenza. L' aiuto fornito alla donna non è di tipo assistenziale; la sola assistenza, infatti, anche se fornisce risposte immediate, lascerebbe la donna in una situazione passiva. I Centri aiutano la donna a ritrovare il coraggio e la forza per costruirsi un progetto di vita futura concreto che tuteli la sua salute psicofisica e quella dei suoi figli.

I servizi offerti alle donne hanno un taglio fortemente “*gender oriented*”, adeguato ai bisogni delle donne per il superamento del trauma, la loro protezione, il

supporto con adeguate professionalità nel percorso di costruzione di un nuovo progetto di vita per sé e per i loro figli/e. Alle donne e ai loro figli/e minori i Centri garantiscono:

- ✓ spazi e servizi dedicati e adeguatamente protetti, che non sono usati per altri scopi o altri tipi di utenza;
- ✓ sostegno specifico per uscire dalla violenza, per superare le esperienze traumatiche, riconquistare autonomia e autodeterminazione e porre le basi per una vita indipendente e autonoma;
- ✓ anonimato e riservatezza: tutte le operatrici, le volontarie e le tirocinanti, inoltre, si impegnano a rispettare la riservatezza delle informazioni personali relative alle donne e ad attenersi all'obbligo morale di seguire i principi ispiratori dell'intervento (lavorare con il consenso e per il vantaggio della donna; fornire protezione, ecc.).

I Centri promuovono cultura e formazione a vari livelli per sensibilizzare, promuovere e prevenire la violenza maschile alle donne. Infatti tutti Centri sono impegnati nelle seguenti attività:

- ✓ all'attività di rete e coordinamento con i servizi pubblici e privati presenti sul territorio, che concorrono a fornire sicurezza, protezione e aiuto alle donne (pronto soccorso, servizi socio-sanitari, forze dell'ordine, istituzioni giudiziarie, associazioni ecc.) al fine di ottimizzare e coordinare il percorso di uscita dalla violenza;
- ✓ i Centri progettano e realizzano percorsi di formazione sia del personale interno che dei soggetti esterni (come medici, operatori delle forze dell'ordine, assistenti sociali, insegnanti, etc.) e consulenze per operatori/trici di altri servizi;
- ✓ attività di promozione e prevenzione nelle scuole per incidere a più a lungo termine sull'aspetto culturale/strutturale della violenza di genere; promozione di eventi,
- ✓ sensibilizzazione, diffusione di buone prassi e campagne di prevenzione sul territorio contro la violenza maschile per rispondere all'esigenza immediata e operativa di sensibilizzare e rafforzare la rete dei servizi sul territorio;

- ✓ promozione della ricerca (indagini qualitative e quantitative), anche attraverso la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi alle donne che accedono al Centro, garantendo la massima riservatezza;
- ✓ promozione di politiche e piani d'azione locali, nazionali e internazionali contro la violenza, interloquendo con le amministrazioni nazionali, regionali e locali.

In ogni aspetto delle proprie attività (strutture, metodologia di intervento, personale, standard minimi) i Centri Anti-Violenza fanno riferimento ai principi elaborati a livello internazionale e nazionale dalle esperte del movimento delle donne, recepiti dalle direttive e raccomandazioni sulla violenza contro le donne dagli organismi internazionali, quali Unione Europea, Organizzazione delle Nazioni Unite e Organizzazione Mondiale della Sanità.

SECONDO CAPITOLO

Il Cognitivismo Clinico: dal modello teorico alle ipotesi di trattamento e strategie di intervento in ambito sociale

2.1 Le origini del Cognitivismo Clinico

La Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) non nasce come orientamento teorico a sé stante, ma si espande, nel corso degli anni '70, dallo sviluppo e dall'integrazione tra concetti eterogenei, provenienti da approcci diversi: il cognitivismo clinico ed il neocomportamentismo.

Il comportamentismo nasce agli inizi del XX secolo dalla tradizione scientifica della psicologia sperimentale, in particolar modo dagli studi di J.B. Watson e I.P. Pavlov. Questo orientamento si propone di costruire una scienza psicologica che condivida le caratteristiche di esattezza ed obiettività tipiche delle scienze più avanzate, quali la biologia e la fisica. A tal fine, limita il proprio oggetto di indagine a ciò che è oggettivamente osservabile, vale a dire il comportamento.

Il comportamentismo è interessato a stabilire le associazioni tra gli stimoli recepiti dal soggetto e le sue risposte, considerate le unità di base del comportamento umano; viene invece messo da parte lo studio sui processi mentali, in quanto non esistono strumenti scientifici per condividerne le osservazioni in maniera univoca.

A partire da questi studi, vengono applicate al campo del disagio mentale, una serie di tecniche di modificazione del comportamento, derivate direttamente dalla ricerca sperimentale, il cui insieme verrà definito "Terapia Comportamentale". Queste metodologie caratterizzate dalla possibilità di misurare i risultati ottenuti e dalla loro efficacia, permette di stabilire delle precise indicazioni tra categorie di problemi e tipo di tecnica (nevrosi d' ansia e fobie, problemi di comportamento e apprendimento nei bambini, enuresi ed encopresi, riabilitazione di soggetti con handicap fisici e psichici).

Come si evince, la psicoterapia cognitiva deriva da direttrici, sia epistemologiche sia tecniche, diverse ma confluenti in un univoco atteggiamento nei confronti del suo

oggetto principale di interesse: la mente. Per brevità, tratteremo due direttrici principali: l'una derivante dalla ricerca di base e l'altra sviluppata a partire dai trattamenti clinici.

In un aspetto più tipico delle discipline di base, possiamo delineare il retroterra dell'atteggiamento cognitivista clinico sulla base di un netto ed ancora formidabilmente valido cambiamento nella comprensione del fenomeno mentale e delle relative ricerche sulle caratteristiche del funzionamento della psicologia e del comportamento. Questo cambiamento di prospettiva e di interessi, noto come "rivoluzione cognitiva", è avvenuto a partire da alcune svolte importanti nel panorama scientifico durante la metà degli anni quaranta e negli anni cinquanta (Gardner, 1985).

Una delle novità scientifiche è stata la Teoria della Comunicazione che, avviata dal punto di vista formale e matematico principalmente ad opera di Claude Shannon e di Norbert Wiener, ha rappresentato la piattaforma teorica dalla quale sono state sviluppate sia tecnologie avanzate, come i computers, sia prospettive di applicazione nuove e promettenti, come lo studio dell'elaborazione del linguaggio. Un'altra svolta decisiva, legata strettamente alla precedente, è la tipologia stessa delle tecnologie sviluppate; infatti gli stessi computers, molto più semplificati e più rigidamente formalizzati nel loro processo di funzionamento, hanno svolto il ruolo di "banco di prova" per lo studio dei processi di funzionamento della mente, che iniziano in questo periodo ad essere indicati come "paradigma HIP" (acronimo di *Human Information Processing*) proprio testimoniando lo spostamento dell'interesse dallo studio delle occorrenze sensibili a quello delle variabili intervenienti interne all'organismo, dunque i processi mentali.

Un'ulteriore svolta, questa volta interna alla psicologia, è stata quella costituita dalla critica alla validità generale (o più esattamente assoluta) dei paradigmi di spiegazione dell'apprendimento in quel momento considerati come la sola risposta attendibile della scienza sull'argomento: l'acquisizione di comportamento (la teoria dei riflessi condizionati di Pavlov) e il mantenimento delle risposte (la teoria del condizionamento operante di Skinner). Il mutamento di tale panorama è stato caratterizzato da un duplice fronte polemico di confronto. Il primo, e più graduale, cambiamento è stato caratterizzato dalle ricerche sull'apprendimento indiretto o per

imitazione (conosciuto come “modeling”) ad opera di Albert Bandura; il secondo, e più duro in termini di confronto, è avvenuto nel campo della comprensione dei processi linguistici ad opera, principalmente, di Noam Chomsky. Queste due “perturbazioni” scientifiche sono state tra le principali variabili di trasformazione e rinnovamento nel generale impianto teorico delle discipline attinenti alla condotta umana (e non solo). In questo periodo, ormai la fine degli anni cinquanta, abbiamo un proliferare di ricerche sui costituenti di base della mente; si realizzano esperimenti volti a configurare i processi psicologici come meccanismi di funzionamento aventi delle leggi definite e delle caratteristiche distintive. Quindi, esplodono campi di indagine che per molto tempo si erano arenati su alcune pur importanti conclusioni; tra questi settori troviamo: la memoria, il linguaggio, la percezione, il ragionamento. Sull’onda dell’entusiasmo, per aver visto una nuova prospettiva promettente, vengono delineate alcune leggi e regole di funzionamento che a tutt’oggi mantengono la loro quasi inalterata validità scientifica.

La seconda direttrice fondamentale nello sviluppo della Psicoterapia Cognitiva è stata l’evoluzione delle procedure nel trattamento di alcuni disturbi mentali. Mentre nel settore delle discipline di base, il linguaggio teorico era strettamente aderente al metodo scientifico empirista, prima verificazionista ed in seguito falsificazionista come formulato da Karl R. Popper, nelle discipline cliniche vi era un vivace dibattito tra almeno tre posizioni. Una prima ed importante posizione è stata l’atteggiamento organicista basato sugli sviluppi sempre più sofisticati della psicofarmacologia, sulla depressione e sulle psicosi; una seconda voce polemica è stata, senza dubbio, la psicanalisi di Freud e dei suoi allievi la quale, straordinariamente in auge, contribuiva alla comprensione e quindi al trattamento dei disturbi mentali sulla base del suo metodo, principalmente basato sulla ricostruzione della storia del soggetto e delle sue vicissitudini affettive; la terza posizione era l’applicazione delle teorie del condizionamento (sia classico-pavloviano che operante-skinneriano) al trattamento dei disturbi del comportamento. In questo scenario prende corpo il trattamento cognitivo, principalmente, ad opera di Aaron T. Beck ed Albert Ellis.

Entrambi provenienti da formazioni psicanalitiche, l’uno psichiatra con una salda conoscenza del funzionamento biologico cerebrale, l’altro psicologo con una spiccata conoscenza dei processi relazionali. Beck, occupandosi della depressione, individua

due caratteristiche inequivocabilmente cognitive nei suoi pazienti (in controtendenza con la psicanalisi, la quale puntualizzava soprattutto le relazioni affettive infantili e le relative conseguenze di esse): il pensiero automatico negativo e le distorsioni cognitive. Da queste scoperte importanti, oggi centrali e riconosciute ampiamente, nasce la Cognitive Therapy. Ellis, invece, occupandosi di problemi comportamentali e di disturbi psicologici come l' ansia, evidenzia che nell' atteggiamento dei pazienti erano evidenti idee e regole non realistiche ed "irrazionali"; il focus del trattamento diventa l'attuale atteggiamento rigido ed assolutista del paziente e non la ricerca di cause nel suo passato. Da questa rottura teorica, oltre che tecnica, nasce la Rational Emotive Therapy.

Sia Ellis che Beck possono essere definiti come i fondatori della Psicoterapia Cognitiva, ma altri autori come, solo ad esempio, Meichenbaum, Mahoney, Rachman, Kendall, approdano alla Psicoterapia Cognitiva, più recentemente da una direzione teorico-tecnica differente e caratterizzata dall' adeguamento del trattamento comportamentale fondato sulla teoria del condizionamento alla scoperta delle variabili del funzionamento cognitivo indicate dalla ricerca di base.

Successivamente, la Psicoterapia Cognitiva ha integrato i risultati di ricerche sullo stile di relazione precoce tra le figure di attaccamento e il bambino; da tali relazioni sono stati identificati alcuni stili generali di attaccamento che sembrano influenzare e stimolare il soggetto verso modalità di sviluppo psicologico coerenti con le esperienze avute (Bowlby, 1989; Guidano, Liotti, 1983; Liotti, 1994; Lorenzini, Sassaroli, 1995).

A partire da tali concettualizzazioni il Cognitivismo Clinico è definito da più prospettive secondo il particolare aspetto ritenuto di volta in volta centrale dai diversi autori.

Attualmente, almeno nelle più diffuse pubblicazioni internazionali, è in corso il confronto tra Cognitivismo Clinico Standard (*modernist*, nell'accezione anglosassone) e orientamento post-razionalista (*post-modernist*, sempre dall' inglese) o prospettiva narrativa. Le sorti di tale confronto sembrano destinate ad una integrazione sia sulla base dei punti comuni sia sul riconoscimento dell' aderenza alle ricerche di base (sui processi di funzionamento mentale e sulle variabili di efficacia del trattamento).

La psicologia cognitiva nasce verso la fine degli anni '50 in parziale contrapposizione al comportamentismo. Quest' ultimo aveva gettato le basi per una psicologia fondata empiricamente. Il cognitivismo accetta il rigore metodologico del comportamentismo; entrambe le discipline, infatti, hanno basi scientifiche, nel comune intento di assimilare lo studio della mente umana alle scienze fisiche.

Negli anni '60, l' evoluzione della ricerca scientifica in psicologia compie grossi progressi, anche grazie all' introduzione delle prime sperimentazioni di simulazione dei processi mentali tramite computer. Ciò contribuisce a superare alcuni limiti del comportamentismo, in quanto è ora possibile costruire dei modelli della mente (vale a dire delle teorie che ipotizzano come avvengono certi processi mentali, come la comprensione del linguaggio, il ragionamento matematico, la memoria, etc.). L' uomo cerca attivamente le informazioni, nel mondo, per i suoi fini, per cui il comportamento umano non può essere riducibile a pura risposta. Per questo le terapie incentrate sul cognitivismo si occuperanno prevalentemente delle modalità di pensiero ed elaborazione di informazioni, proponendosi di modificare le convinzioni irrazionali del soggetto. L' applicazione di questi progressi alla terapia risulta estremamente importante: vengono sviluppate tecniche che, oltre al comportamento, mirano alla modificazione ed al cambiamento dei processi mentali (i pensieri e le emozioni). L' insieme di queste metodologie, ora definite “psicologia cognitiva e comportamentale” risultano efficaci e trovano applicazione in una vasta gamma di problematiche che in precedenza erano difficilmente avvicinabili con le sole tecniche di modificazione del comportamento.

Una delle caratteristiche più importanti di questo approccio concerne l' apertura alle innovazioni provenienti sia dalla ricerca scientifica che da altre correnti di studio sulla psicologia.

La Terapia Cognitiva (TC) spiega come pensieri, convinzioni e credenze contribuiscano a creare una visione (a volte distorta) di ciò che sta accadendo nella nostra vita: aiuta ad individuare, quelli che sono concomitanti a forti e persistenti emozioni problematiche, ad arricchirli, a renderli più flessibili e più funzionali al proprio benessere.

Ad oggi, i termini Terapia Cognitiva (TC) e Terapia Cognitivo Comportamentale (TCC) vengono, spesso, utilizzati come sinonimi per descrivere le psicoterapie

basate sul modello cognitivo. Il termine TCC è anche utilizzato per un gruppo di tecniche in cui un approccio cognitivo ed un insieme di procedure comportamentali vengono ad essere congiunte, in quanto l' acronimo TCC è stato usato come un termine generico per includere sia l'approccio TC standard e ateoretico che le strategie cognitive e comportamentali¹².

Da circa 45 anni, ossia da quando il ruolo della dimensione cognitiva – e successivamente, della dimensione meta-cognitiva - del Disturbo Depressivo è stato descritto in letteratura scientifica¹³⁻¹⁴, vi è stato continuo progresso nello sviluppo del modello e della terapia cognitiva, raffinandosi sempre più nel corso degli anni attraverso le verifiche empiriche¹⁵⁻¹⁶.

Tuttavia, le caratteristiche essenziali della TC, hanno posto l'accento in particolar modo sull' influenza del pensiero disfunzionale e le conseguenti valutazioni cognitive irrealistiche di eventi che coinvolgevano emozioni e comportamenti di ciascun individuo¹⁷.

Aaron Beck, “padre” fondatore della Terapia Cognitiva, ne ha formulato un quadro teorico coerente, prima di svilupparne le strategie terapeutiche.

Secondo l' Autore, le linee guida per sviluppare e valutare il nuovo sistema di psicopatologia e, dunque, della psicoterapia, erano:

1. costruire una teoria completa di psicopatologia che ben articolasse l' approccio psicoterapeutico;
2. costruire empiricamente il modello teorico;
3. effettuare studi empirici che testassero l' efficacia della terapia.

¹² Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40 year retrospective. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(9):953-9.

¹³ Beck AT. Thinking and depression. I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. Arch Gen Psychiatry. 1963;9:324-33.

¹⁴ Beck AT. Thinking and depression: II theory and therapy. Arch Gen Psychiatry. 1964;10:561-71.

¹⁵ Beck AT. Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. New York, NY: Harper and Row; 1967.

¹⁶ Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press; 1976.

¹⁷ Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.

In seguito a tali premesse teoriche, la ricerca in tale ambito ha coinvolto diverse fasi¹⁸: a) l' identificazione degli elementi conoscitivi idiosincratici derivati da dati clinici in vari disturbi, b) lo sviluppo di misure di sistematizzare delle suddette osservazioni cliniche, c) la congettura di piani di trattamento e le linee guida per la terapia, al fine di dimostrare l'efficacia della TC nel ridurre i sintomi ed i tassi di recidiva, con o senza farmaci, in un' ampia varietà di disturbi psichiatrici. Beck applicò sistematicamente il set teorico e terapeutico dei principi della TC ad una sequenza di disturbi, in primis al Disturbo Depressivo Maggiore¹⁹⁻²⁰, Disturbo d' Ansia Generalizzato e Fobie²¹, Disturbo di Panico²², Disturbi di Personalità²³ e, infine, ai Disturbi da Uso di Sostanze²⁴. In seguito, sono stati approfonditi anche gli studi circa la dimensione interpersonale²⁵, rabbia²⁶, ostilità e la violenza. Inoltre, il lavoro più recente con questo approccio ha dimostrato un effetto aggiuntivo su farmaci trattamento di gravi disturbi psichiatrici come la Schizofrenia²⁷⁻²⁸ ed il Disturbo Bipolare²⁹⁻³⁰. Sono in corso adattamenti dei protocolli terapeutici cognitivo-comportamentali per una sempre più ampia gamma di disturbi di tipo psicologico e psichiatrico: sono presenti in letteratura scientifica più di 330 studi di outcome sugli interventi cognitivo-comportamentali.

¹⁸ Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press; 1976.

¹⁹ Beck AT. Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects. New York, NY: Harper and Row; 1967.

²⁰ Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.

²¹ Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York, NY: Basic Books; 1985.

²² Beck AT. Cognitive approaches to panic disorder: theory and therapy. In: Rachman S, Maser J, editors. Panic: Psychological Perspectives. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1987. p. 91-109.

²³ Beck AT, Freeman A, Davis D, Associates. Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, NY: Guilford; 1990.

²⁴ Beck AT, Wright FW, Newman CF, Liese B. Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York, NY: Guilford; 1993.

²⁵ Beck AT. Love Is Never Enough. New York, NY: Harper & Row; 1988.

²⁶ Beck AT. Prisoners of Hate: The Cognitive Basis of Anger, Hostility and Violence. New York, NY: HarperCollins; 1999.

²⁷ Beck AT, Rector NA. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:577-606.

²⁸ Rector NA, Beck AT. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. J Nerv Ment Dis. 2001;189(5):278-87.

²⁹ Lam DH, Watkins ER, Hayward P, Bright J, Wright K, Kerr N, Parr-Davis G, Sham P. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(2):145-52.

³⁰ Lam DH, McCrone P, Wright K, Kerr N. Cost effectiveness of relapse prevention cognitive therapy for bipolar disorder: 30-month study. Br J Psychiatry. 2005;186:500-6.

2.2 Gli Assiomi del Modello Cognitivista

Sebbene sia conosciuto ampiamente il modello “bio-psico-sociale” come un sistema concettuale complesso, il focus della teoria cognitiva è primariamente sui fattori cognitivi nella psicopatologia e nella psicoterapia. Inoltre, i concetti cognitivi completano (e possono anche sussumere) costrutti come “motivazione inconscia” nella teoria psicanalitica, e “rinforzo” o “condizionamento” nel comportamentismo.

Nella teoria della Terapia Cognitiva, la natura e la funzione della elaborazione dell’ informazione (ad es., l’ attribuzione di significato) costituisce la chiave per comprendere il comportamento disfunzionale e il processo terapeutico positivo.

La teoria cognitiva della psicopatologia delinea specificatamente la natura dei concetti e delle credenze soggettive le quali, quando attivate in certe situazioni, sono disadattive e disfunzionali. Tali concettualizzazioni idiosincratiche (ad es. credenze irrazionali, giudizi arbitrari, inferenze scorrette, pregiudizi, convinzioni negative personali) possono anche essere considerate come teorie personali informali. La concettualizzazione cognitiva della psicoterapia fornisce strategie per correggere tali concetti e credenze. Perciò, il quadro teorico della terapia cognitiva costituisce una “teoria di teorie”; essa è una teoria formale degli effetti di teorie personali (informali) o costruzioni di realtà.

A tale riguardo, la teoria cognitiva clinica è debitrice in una certa parte alla teoria di George Kelly, cioè il modello dei costrutti personali (Kelly, 1955).

La Teoria è essenziale alla pratica clinica. E’ stato recentemente affermato che la teoria cognitiva costituisce una teoria unificatrice per la psicoterapia e la psicopatologia (Alford, Beck, 1997; Norcross, Goldfried, 1992; Beck, 1996). Il quadro teorico delle terapie efficaci dovrebbe ordinare i comportamenti terapeutici (del trattamento) e le variabili psicologiche rilevanti in un sistema di psicoterapia, e costituisce un modello coerente per la pratica clinica generale (Dell’Erba, 1997). Gli assiomi del modello sottostante alla Psicoterapia Cognitiva sono i seguenti:

- 1) La direzione centrale per il funzionamento psicologico o per l’adattamento psicologico consiste di strutture cognitive che assegnano un significato (*meaning-making*), denominate “schemi”.

- 2) La funzione di “attribuzione di significato” (sia automatica che ad un livello deliberato ed intenzionale) è di controllare i vari sistemi psicologici (ad esempio, comportamentale, emotivo, attentivo, mnestico).
- 3) Le influenze tra i sistemi cognitivi ed altri sistemi sono interattive.
- 4) Ogni categoria di significato ha implicazioni che sono tradotte in specifici patterns di emozioni, attenzione, memoria, comportamento.
- 5) Sebbene i significati sono costruiti dal soggetto, piuttosto che essere preesistenti componenti della realtà, essi sono corretti o scorretti in relazione a dati contesti o scopi del soggetto. Le distorsioni cognitive includono errori nel contenuto cognitivo (significato), nella processazione ed elaborazione cognitiva (elaborazione di significati) o entrambi.
- 6) Gli individui sono predisposti a specifiche costruzioni cognitive fallaci (distorsioni cognitive) che possono avere un senso nella elaborazione routinaria ed economica delle informazioni nella vita del soggetto, e possono essere considerate come generali deficit del sistema mentale. Questi errori di elaborazione possono diventare predisposizioni a specifiche stabili distorsioni quando sono concettualizzate ed inserite in più ampio quadro o schema che contiene temi personali specifici, e quindi tali distorsioni possono essere denominate come “vulnerabilità cognitiva”.
- 7) La psicopatologia deriva da significati disadattivi costruiti in relazione al sé, al contenuto ambientale (esperienza) ed al futuro (scopi), i quali insieme sono denominati “triade cognitiva”. Ciascuna sindrome clinica ha significati disadattivi caratteristici associati alle componenti della triade cognitiva.
- 8) Ci sono due livelli di significato: a) quello “oggettivo” o “significato pubblico” e b) quello “personale” o “significato privato”. Il significato personale, diversamente da quello pubblico, include implicazioni, significazioni, o generalizzazioni tracciate a partire dalla occorrenza di un evento (Beck, 1976). Il significato personale o livello privato di significato è stato anche affrontato da vari autori come il concetto di “dominio personale” (Kelly, 1955; Guidano, Liotti, 1983; Gardner, 1985).
- 9) Ci sono tre livelli di cognizione: a) il livello preconscious, non intenzionale, automatico (“pensiero automatico”); b) il livello conscio; e c) il livello

metacognitivo, il quale include risposte “realistiche” (adattive) o “razionali” (funzionali). Ognuno di essi svolge funzioni utili all’ individuo; ma il livello conscio è di primario interesse nel miglioramento clinico del trattamento psicoterapico, oltre che nel generale apprendimento di informazioni.

- 10) Gli schemi si sviluppano per facilitare l’adattamento dell’individuo al suo ambiente, e sono in questo senso “strutture teleonomiche”. Perciò, un dato stato psicologico (costituito dall’ attivazione di un sistema) non è né adattivo né disadattivo in sè, ma soltanto in relazione al contesto del più generale ambiente fisico e sociale in cui l’ individuo vive.

Questi 10 assiomi costituiscono i principi formali contemporanei della teoria cognitiva.

2.3 Efficacia, scopi e tecniche della Terapia Cognitiva

La Terapia Cognitiva (TC) si pone, attualmente, come una delle modalità maggiormente accreditate e valide nel panorama delle psicoterapie, in quanto il suo sviluppo e le diverse influenze che nel corso degli anni l’ hanno caratterizzata rendono ancora più chiaro ed esplicito il carattere pragmatico e disponibile alle ricerche di efficacia.

Le diverse componenti della TC, oggi, la rendono una pratica complessa seppure chiaramente ben definibile, ed è questo aspetto che ha contribuito allo sviluppo e alla moltiplicazione degli studi e delle ricerche in campo clinico. Viene messo in risalto il modello di base comune ai vari approcci cognitivi noto come modello ABC.

Il sistema di assunti su cui si basano le diverse applicazioni è ampiamente supportato dalla ricerca sperimentale, ed è possibile affermare che la terapia cognitiva costituisce la più avanzata forma di psicoterapia supportata dalle ricerche.

L’ ampio panorama di tecniche - sia propriamente cognitive che comportamentali - testimonia l’ integrazione di un vasto e prezioso patrimonio di efficaci metodi clinici che hanno avuto nel corso degli anni riscontri ciascuna indipendentemente. E’

data particolare attenzione, inoltre, alla *relazione terapeutica* considerata come una componente primaria del processo terapeutico, non in modo disgiunto dall'applicazione delle tecniche.

La TC è oggi il trattamento psicologico ritenuto più efficace nel settore della psicoterapia, per una ampia gamma di disturbi psichici, e comunque in determinati casi non è inferiore a trattamenti alternativi pur efficaci (ad esempio, farmacologici); inoltre, anche in presenza di disturbi ad eziologia biologica primaria (come la Schizofrenia o il Disturbo Bipolare) la Psicoterapia Cognitiva si è dimostrata la componente accessoria più valida ed efficace nel trattamento complessivo, sia nella fase di risoluzione dei sintomi che nella prevenzione delle ricadute e nel mantenimento dei risultati positivi.

Il trattamento psicoterapico cognitivista ha una sua evoluzione storica in un certo senso complessa ma il suo sviluppo riflette molto bene il progresso della conoscenza del funzionamento della mente, sia nell'ambito della normalità che in stati psicopatologici.

2.3.1 Il modello ABC

La Psicoterapia Cognitiva non è una metodologia coincidente con l'uso di una tecnica né è un trattamento univoco ma si definisce e si caratterizza sulla base di una prospettiva centrale riguardo la psicologia ed il comportamento, che potremmo racchiudere nella seguente proposizione: la condotta del soggetto è mediata dal significato che egli attribuisce agli eventi interni ed esterni con i quali si mette in relazione. La sintesi più operativa della prospettiva cognitivista clinica può essere rintracciata nel "modello A-B-C". Tale modello, ben descritto nei lavori di Ellis (primariamente) e Beck (in seguito), è la caratteristica sia teorica sia tecnica che funge da "minimo comune denominatore" dei diversi trattamenti cognitivi, in quanto si propone non solo come uno schema teorico utile per concettualizzare le variabili fondamentali connesse alla condotta dell'individuo, ma anche come una procedura tramite la quale può essere concretamente attuata una valutazione, una formulazione del caso, una sua pianificazione ed un trattamento.

L'ABC può essere immaginato come uno schema a tre colonne, la prima delle quali, A, identifica le condizioni antecedenti, gli stimoli, gli eventi. Il B indica le credenze, il pensiero, il ragionamento, le attività mentali che hanno come oggetto gli antecedenti. Il C definisce le conseguenze di queste attività mentali ed identifica reazioni emotive e comportamentali (Ellis, 1964, 1994, 1987; De Silvestri 1981a; Dell'Erba, 1998).

L'aspetto centrale dell'interesse cognitivista per il funzionamento mentale riguarda la distinzione delle attività e dei processi cognitivi rappresentati e focalizzati dal B; classicamente sono prese in considerazione le seguenti attività psichiche: immagini, inferenze, valutazioni, assunzioni personali, schemi.

Le **immagini**, che sono attività dove le funzioni sensoriali e mnestiche svolgono un ruolo fondamentale, sono prese in considerazione in quanto parte integrante delle rappresentazioni soggettive riguardanti la interpretazione di un dato evento. Le immagini riflettono direttamente il senso attribuito dal soggetto ad un dato evento ed il contributo dei processi di elaborazione più automatici (regole, assunzioni personali, inferenze).

Le **inferenze** sono ipotesi che attengono alla presenza o assenza di condizioni fattuali, cioè di eventi attesi nel A. Alcune inferenze sono elaborate in modo quasi automatico e, quindi, il soggetto non ne è immediatamente cosciente, tanto che Beck le ha definite "pensieri automatici". Le inferenze sono, dunque, anche "predizioni" su ciò che accadrà, che accade o è già accaduto; ad ogni evento il soggetto attribuisce delle caratteristiche e delle cause, ma tali attribuzioni sono guidate dalla propria base conoscitiva.

Proprio riguardo ai processi inferenziali sono state definite varie tipologie di errori inferenziali che possono riguardare sia le caratteristiche dello stimolo sia le sue determinanti. Alcuni errori cognitivi tipicamente considerati nella Psicoterapia Cognitiva sono le "distorsioni cognitive" che riguardano il processo di elaborazione dei dati (eventi, fatti, sintomi, pensieri), e attengono alla attribuzione soggettiva di dati che "vanno oltre l'evidenza dei fatti" (Bruner et al., 1956; Johnson Laird, 1993; Girotto, 1994). Come ha evidenziato Beck (Beck et al., 1976; Alford, Beck, 1997), le distorsioni cognitive sono influenzate dall'umore ma, a loro volta, lo influenzano

intensamente. Tali errori cognitivi, così come definiti dalla Cognitive Therapy di Beck (1967), sono i seguenti:

- ✓ *Pensiero dicotomico*: le cose sono viste in termini di categorie mutualmente escludentisi senza gradi intermedi. Ad esempio, una situazione o è un successo oppure è un fallimento; se una situazione non è proprio perfetta allora è un completo fallimento.
- ✓ *Ipergeneralizzazione*: anche definito come “globalizzazione”; uno specifico evento è visto come essere caratteristica di vita in generale o globale piuttosto che come essere un evento tra tanti. Ad esempio, concludere che se qualcuno ha mostrato un atteggiamento negativo in una occasione, non considera poi le altre situazioni in cui ha avuto atteggiamenti più opportuni.
- ✓ *Astrazione selettiva*: un solo aspetto di una situazione complessa è il focus dell’attenzione, a altri aspetti rilevanti della situazione sono ignorati. Ad esempio, focalizzare un commento negativo in un giudizio sul proprio lavoro trascurando altri commenti positivi.
- ✓ *Catastrofizzare*: gli eventi negativi che possono verificarsi sono trattati come intollerabili catastrofi piuttosto che essere visti in una prospettiva più pratica e moderata. Ad esempio, il disperarsi dopo un brutta figura come se fosse una catastrofe terribile e non come una situazione semplicemente imbarazzante e spiacevole.
- ✓ *Minimizzazione*: le esperienze e le situazioni positive sono trattate come reali ma insignificanti. Ad esempio, il pensare che in una cosa si è positivi ma che essa non conta in confronto ad un’altra più importante.
- ✓ *Ragionamento emotivo*: considerare le reazioni emotive come reazioni strettamente attendibili della situazione reale. Ad esempio, concludere che siccome ci si sente sfiduciati, la situazione è senza speranza.
- ✓ *Personalizzazione*: assumere che il soggetto stesso è la causa di un particolare evento quando nei fatti, sono responsabili altri fattori. Ad esempio, considerare che una momentanea assenza di amicizie è il riflesso della propria inadeguatezza piuttosto che un caso.
- ✓ *Deduzione arbitraria*: tendenza a trarre una conclusione in assenza di prove che la sostengano o quando la prova è contraria alla conclusione.

Tali errori cognitivi non sono tipici di un disturbo psicologico ma sono, invece, diffusi e caratteristici nel funzionamento mentale normale. L'aspetto disfunzionale è determinato dalla compresenza di più errori, dalla frequenza di comparsa e dal grado in cui tali procedure sostituiscono il ragionamento realistico e funzionale del soggetto.

In sintesi, dunque, le distorsioni cognitive sono euristiche di ragionamento che svolgono una funzione adattiva in situazioni di emergenza e, probabilmente, non più adeguate allo stile di vita contemporaneo (essendo modalità automatiche possono in qualche modo essere state sviluppate evolutivamente, ma attualmente potrebbero essere un esempio di "deriva evolutiva").

Vari autori hanno approfondito le modalità di ragionamento in condizioni di incertezza (Tversky, Kahneman, 1974; Kahneman, Slovic, Tversky, 1982; Piattelli Palmarini, 1994; Nisbett, Ross, 1980; Dell'Erba, 1998c) e tali condizioni sarebbero centrali in stati di attivazione dei soggetti (stress, condizioni cliniche, etc.).

Dalle diverse ricerche nel campo della influenza di variabili contestuali, o di fattori emotivi, sul ragionamento emergono diverse tipologie di biases cognitivi, spesso dipendenti dallo specifico obiettivo della ricerca; il minimo comune denominatore di tali errori cognitivi sembra essere la seguente schematizzazione:

→ generalizzazione di informazioni → eliminazione di informazioni → distorsione di informazioni.

Ciascuna di queste categorie raggruppa vari tipi di errori cognitivi, definiti dalle ricerche in psicologia generale sia in ricerche nel campo clinico.

Le **valutazioni** possono essere definite come giudizi (buono-cattivo, OK-non OK) o preferenze. I soggetti formulano delle valutazioni sia sulla base di processi inferenziali sia in base all'uso di conoscenze possedute e, dunque, i giudizi e le preferenze dei soggetti possono essere influenzate sia da errori cognitivi di processazione dell'informazione sia da osservazioni personali (ad esempio, teorie e modelli di spiegazione soggettivi).

Un aspetto principale, teorico e tecnico, è il ruolo rivestito dalla teoria attribuzionale (ad esempio, Heider, Rotter, Seligman) nell'impianto della Psicoterapia Cognitiva. Le inferenze e le valutazioni, rispetto alle determinanti o alle

caratteristiche degli eventi, possono essere identificate da 3 fattori. L'attribuzione causale può riguardare la distinzione tra *globalità* e *specificità* a seconda che il fattore causale sia riferito a variabili generali o strettamente particolari: ad esempio, criticarsi per un difetto particolare (*specificità*) oppure criticarsi come persona (*globalità*). Le attribuzioni sulla causalità possono anche riguardare le variabili *stabilità* e *temporaneità*: ad esempio, giudicare una caratteristica altrui come temporanea piuttosto che stabile. I processi attributivi riguardano, altresì, le caratteristiche di *internalizzazione* (o personalizzazione) e *esternalizzazione*: ad esempio, giudicarsi meritevoli per un successo proprio (giudizio interno) ma giudicare non meritevole un'altra persona attribuendo il suo successo al caso o alla fortuna (giudizio esterno). Queste tre variabili bipolari rappresentano i fattori costitutivi delle decisioni sui processi causali ma, ovviamente, costituiscono anche le variabili di distorsione di giudizi ed inferenze su quelle stesse attribuzioni.

Dunque, la Psicoterapia Cognitiva ha pienamente applicato questi meccanismi di attribuzione e decisione per modificare le convinzioni e le conoscenze disfunzionali del paziente.

Vale la pena ricordare che uno dei modelli più celebri nella concettualizzazione della psicologia depressiva è proprio la teoria attribuzionale che identifica nel paziente giudizi negativi su sé, interni, stabili e globali (Beck, Freeman, 1990; Seligman, 1990, Seligman. Rosenhan, 1997).

Un ulteriore punto è quello riguardante le valutazioni di stati emotivi. Gli individui spesso sono coinvolti in problemi psicologici dovuti al fatto di avere certi problemi; questa condizione viene definita come problema secondario e dipende da valutazioni formulate su valutazioni, emozioni, comportamenti, o qualsiasi altro stato del soggetto. Alla base di alcuni di questi stati psicologici vi è il fatto che gli esseri umani non soltanto possono procurarsi un problema (che possiamo chiamare problema primario) ma quando si accorgono e valutano questa condizione possono crearsi un altro problema (che chiamiamo problema secondario); questo tipo di stati psicologici, relativamente frequenti nelle condizioni cliniche, possono complicare e mantenere notevolmente il quadro psicopatologico (De Silvestri, 1981a, 1981b; Mancini, 1996; Dell'Erba, 1998a, 1998b).

Le **assunzioni personali** sono regole e principi fondamentali che guidano il comportamento e che sono formulate nel corso della propria esistenza. Più le assunzioni sono precoci e più sono pervasive e stabili, in quanto varie credenze si collegano tra loro in reti di conoscenza che possono avere temi esistenziali generali comuni o specifici episodi soggettivamente rilevanti. Le assunzioni personali sono atteggiamenti specifici riguardo una varietà di eventi o temi che riguardano il soggetto (o più esattamente, temi che il soggetto sostiene che lo riguardino).

Ellis (1962, 1987) ha individuato una lista di atteggiamenti o idee irrazionali che riguardano le regole che il soggetto si dà e le relazioni che egli intraprende con gli altri o con il mondo esterno o con sé stesso. Questa lista può ben essere ricondotta ad alcuni principali atteggiamenti:

- ✓ DOVERIZZAZIONI
- ✓ GIUDIZI TOTALI SU DI SÉ E SU GLI ALTRI
- ✓ INSOPPORTABILITÀ E INTOLLERANZA
- ✓ CATASTROFIZZAZIONE
- ✓ INDISPENSABILITÀ E BISOGNI ASSOLUTI.

Tali atteggiamenti sono ulteriormente definibili, secondo Ellis (1962, 1987, 1994), a tre doverizzazioni di base:

- su sé stessi (*“io devo assolutamente... altrimenti... e quindi...”*);
- sugli altri (*“gli altri devono trattarmi in modo... e devono essere... altrimenti... e allora...”*);
- sulle condizioni di vita (*“le cose che succedono devono essere come io le pretendo... altrimenti... e quindi tutto sarà ingiusto o insopportabile”*).

Questi atteggiamenti sono appresi durante lo sviluppo del soggetto e sono particolarmente resistenti principalmente in base a due fattori generali: la generalità di applicazione di un atteggiamento e la automaticità di formulazione della specifica regola nella particolare situazione.

Gli **schemi** costituiscono l'attività meno consapevole delle attività mentali (con l'esclusione dei processi mentali delle funzioni cognitive di base, come memoria, percezione, attenzione, apprendimento). L'uso di tale termine deriva dalla psicologia

generale (Bartlett, 1932) ma, attualmente, si ritrova nella storiografia clinica l'uso diffuso di tale concetto in diversi autori precedentemente alla elaborazione di Bartlett (ad esempio, Adler nel 1929).

La modificazione degli schemi è l'obiettivo comune di tutti gli approcci cognitivi clinici ed è lo stadio più impegnativo della Psicoterapia Cognitiva, in quanto essi guidano o interferiscono sulla elaborazione di informazioni attraverso un uso selettivo dei dati in arrivo; questa caratteristica può essere così generale da limitare il soggetto nella propria autoconoscenza. Il problema alla base è che il soggetto non è pienamente consapevole delle proprie teorie personali, costruite a partire da stadi precoci della propria vita, ma può essere consapevole sia della propria condotta attuale sia di valutazioni, giudizi ed inferenze; tale possibilità data dalla propria attività mentale cosciente è sufficiente per ri-costruire o ri-attribuire significati generali che possano spiegare dati, evidenze, ricordi e modalità di scelta del soggetto.

Il fine ultimo di un percorso terapeutico cognitivo è permettere al soggetto di esaminare la modalità con cui costruisce e comprende il mondo e sperimentare nuovi modi di attribuire significati e attivare condotte orientate. Attraverso l'apprendimento dei modi tipici e personali di dare un senso a ciò che avviene, scegliere i propri scopi, definire i propri progetti, il paziente può essere in grado di modificare costrutti e significati non adeguati e ri-orientare i propri scopi e progetti generali per fronteggiare in modo più soddisfacente le proprie relazioni con il mondo e con le persone (Beck, Freeman, 1990; Young, 1994; Guidano, 1988; Guidano, Liotti, 1983).

2.4 La “terza ondata” del Cognitivismo Clinico

Negli ultimi venti anni sono stati sperimentati nuovi approcci che stanno influenzando in modo profondo il modello standard di terapia cognitivo-comportamentale.

Storicamente, la terapia comportamentale può essere suddivisa in tre generazioni³¹. La “prima generazione” rappresenta, in parte, una ribellione alle concezioni cliniche prevalenti in quell’ epoca (psicoanalisi e approcci di tipo umanistico); i primi terapeuti del comportamento si sono focalizzati direttamente sulla riduzione dei comportamenti problematici manifesti, mediante tecniche e procedure terapeutiche fondate su principi di apprendimento scientifici, ben specificati e rigorosamente validati. Negli anni sessanta, con l’ avvento del cognitivismo, inizia a emergere un cambiamento paradigmatico all’ interno della psicologia sperimentale. A fronte del modello comportamentista, che aveva considerato i processi cognitivi come epifenomeni, compare un approccio in base al quale le cognizioni non solo sono considerate d’ importanza centrale all’ interno dell’ indagine psicologica, ma diventano anche accessibili dal punto di vista empirico.

Si sviluppa così il movimento di terapia cognitiva (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Mahoney, 1974; Meichenbaum, 1977) e, con esso, la seconda generazione della terapia del comportamento. Viene abbandonato il concetto associativo di apprendimento per lasciare spazio a più flessibili principi mediazionali, che tengano in debita considerazione il ruolo delle esperienze interne (pensieri e sentimenti) nel determinare il comportamento umano. La persona è, prima di tutto, un essere pensante, in grado di organizzare il proprio comportamento e di modificarlo in base alle circostanze (Bandura, 1969). Lo studio dei pensieri irrazionali (Ellis, 1977) e degli schemi cognitivi patogeni (Beck, 1993) ha permesso di identificare come certi errori cognitivi possano essere prerogative di particolari tipologie di pazienti e come, per ognuna di queste, esista una varietà di tecniche finalizzate a modificare i pensieri automatici negativi e gli schemi cognitivi di riferimento.

È proprio dall’ integrazione tra le prime due generazioni della terapia comportamentale che nasce il concetto di psicoterapia cognitivo-comportamentale, come già precedentemente esposto, caratterizzata da un insieme di interventi psicoterapeutici ed educativi articolati, in cui confluiscono procedure mirate alla modificazione non solo dei comportamenti manifesti, ma anche delle convinzioni, degli atteggiamenti, degli stili cognitivi e delle aspettative del soggetto (Galeazzi & Meazzini, 2004).

³¹ Per “generazione” s’ intende un insieme di assunzioni dominanti, metodi e obiettivi che aiutano ad organizzare la ricerca, la teoria e la pratica.

Di contro, le psicoterapie cognitivo-comportamentali della “terza ondata” (o dall’inglese “third wave”), piuttosto che focalizzarsi sul modificare direttamente gli eventi psicologici, mirano a trasformare la funzione di questi eventi psicologici e la relazione dell’individuo con essi attraverso strategie quali mindfulness, accettazione o defusione cognitiva (Teasdale, 2003).

Del modello cognitivo standard viene mantenuto il legame con la psicologia come scienza di base, l’attenzione alla verifica sperimentale, ai progressi e al cambiamento del singolo paziente. Il focus del trattamento, però, si estende alla soluzione di problemi specifici, fino a comprendere i disturbi della personalità e problematiche di tipo esistenziale. Questi trattamenti mirano alla costruzione di repertori ampi, flessibili ed efficaci più che all’eliminazione di problemi accuratamente definiti, e enfatizzano la rilevanza degli argomenti che esaminano sia per il clinico che per il cliente. L’esperienza (comportamentale, emotiva e cognitiva) all’interno della sessione diventa il principale strumento di cambiamento.

Nello specifico, la concettualizzazione dei problemi clinici, all’interno degli approcci di terza generazione, si basa su tre elementi principali (Roemer & Orsillo, 2009), ognuno dei quali si collega strettamente all’altro.

Il primo elemento riguarda il modo in cui i pazienti, e più in generale gli esseri umani, si relazionano con gli eventi interni. A tal proposito, si fa riferimento al concetto di “fusione” (Hayes et al., 1999), ovvero quel processo mediante il quale gli esseri umani diventano indistinguibili dalle proprie transitorie esperienze interne (siano esse pensieri, emozioni, sensazioni fisiologiche o immagini). Una delle conseguenze cliniche maggiormente rilevanti della fusione con le proprie esperienze interne è rappresentata dall’insieme di strategie cognitive e comportamentali mirate a cambiarne la forma o la frequenza (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996), ciò che s’intende con il concetto di evitamento esperienziale.

Hayes et al. (1996) hanno affermato che l’evitamento esperienziale contribuisca allo sviluppo e al mantenimento di molte forme psicopatologiche. Molteplici sono i motivi che spingono le persone a voler cambiare le proprie esperienze interne indesiderate e a mettere in atto l’evitamento esperienziale. Il primo è di natura culturale, in quanto la società occidentale supporta l’idea che la felicità sia più facilmente raggiungibile attraverso l’evitamento della sofferenza e

che i tentativi di attuare un controllo nei confronti delle proprie esperienze interne siano altamente desiderabili. Un secondo motivo per cui le risposte di evitamento esperienziale si mantengono nel tempo sta nel processo di condizionamento operante, in base al quale esse sono negativamente rinforzate da un' immediata riduzione delle emozioni negative, rendendone più probabile l'emissione in futuro. È possibile, infine, che vi siano anche fattori individuali, sociali o relazionali che rendono gli individui particolarmente vulnerabili all'evitamento esperienziale. Differenze di temperamento in termini di inibizione comportamentale (Kagan, 1989) o di nevroticismo (Eysenck, 1967; 1981) possono influenzare la frequenza e l'intensità con cui certe emozioni vengono sperimentate, riducendone potenzialmente la tollerabilità da parte dell'individuo. Linehan (1993a) ha parlato di differenze individuali nella vulnerabilità emotiva e nella capacità di regolazione delle emozioni.

Per *vulnerabilità* ci si riferisce a quei fattori biologici e temperamentali che influenzano la tendenza a reagire in modo intenso e rapido di fronte a stimoli emotivi anche minimi. Per *disregolazione*, invece, ci si riferisce all'incapacità, quando si attiva un'emozione, di compiere le operazioni necessarie per ridurre l'intensità e ritornare al tono emotivo di base.

L'evitamento esperienziale, comunque, sebbene giustificabile in base a tutte le motivazioni sopra citate, è profondamente disfunzionale e, tra le altre cose, porta anche a trascurare il valore informativo e il ruolo delle emozioni nei processi di conoscenza. Le nostre risposte emozionali, infatti, ci permettono di conoscere ciò che accade, ponendoci direttamente a contatto con ciò che desideriamo, con ciò che valutiamo importante. Gli sforzi per liberarsi dagli eventi interni che elicitano una risposta negativa comportano inevitabilmente un restringimento significativo del repertorio comportamentale del soggetto, con relativa riduzione della qualità di vita, che costituisce l'ultimo elemento del modello di concettualizzazione degli approcci di terza generazione.

Il restringimento del repertorio comportamentale si verifica quando gli individui, nel tentativo di non entrare in contatto con esperienze interne negative, rinunciano a impegnarsi in azioni finalizzate a perseguire i valori e gli obiettivi personali (Wilson & Murrell, 2004). Spesso, queste restrizioni comportamentali sono talmente automatiche che i pazienti, sebbene sperimentino la sofferenza ad esse connessa,

non sono consapevoli del ruolo che giocano nel perpetuare il disagio psicologico e, di conseguenza, della propria insoddisfazione.

Alla luce degli elementi sopra considerati, dovrebbe risultare chiaro come gli approcci di terza generazione si propongano, innanzitutto, di cambiare le relazioni che gli individui hanno con le proprie esperienze interne. Particolare enfasi è posta nell' aiutare i pazienti a coltivare una relazione accettante e non giudicante nei confronti dei propri eventi interni (pensieri, immagini, emozioni o sensazioni) e a considerarli come qualcosa di transitorio, che non corrisponde necessariamente a realtà, né tantomeno definisce la persona; paradossi, metafore, storie ed esercizi esperienziali (Hayes, Follette & Linehan, 2004) sono gli strumenti di gran lunga privilegiati al fine di raggiungere questo obiettivo.

Le terapie della terza onda sono influenzate dalla *mindfulness*, un' antica tecnica meditativa di origine buddhista che sta stimolando l' interesse degli studiosi e dei ricercatori di tutto il mondo per il suo evidente positivo impatto sulle funzioni cognitive ed emotive.

I principali approcci Mindfulness-based sono:

- ✓ MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction; Kabat-Zinn, 1990). Metodo utilizzato per la riduzione dello Stress basato sulla consapevolezza. L'osservazione non giudicante delle sensazioni di dolore e dei pensieri correlati all'ansia può portare alla comprensione che essi sono “solo pensieri”, e non il rispecchiamento fedele della realtà, e che quindi non si rendono necessari comportamenti di fuga o di evitamento.
- ✓ DBT (Dialectical Behavior Therapy; Linehan, 1993a, 1993b). Approccio terapeutico particolarmente efficace nel trattamento del disturbo borderline di personalità e con pazienti che manifestano comportamenti suicidari cronici. La realtà consiste nella contrapposizione di forze opposte: la dialettica più cruciale consiste nella relazione tra accettazione e cambiamento.
- ✓ MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy; Segal, Williams, and Teasdale, 2002). Combina l'addestramento alla meditazione mindfulness con la terapia cognitiva per la prevenzione delle ricadute nel trattamento della depressione. La MBCT incorpora elementi della terapia cognitiva che

facilitano il decentramento (decentering) dai pensieri e dalle emozioni disfunzionali. I pensieri e i sentimenti sono eventi mentali che vanno e vengono piuttosto che un rispecchiamento esatto della realtà.

- ✓ ACT (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl, and Wilson, 1999; Hayes and Strosahl, 2004). A differenza della Terapia Cognitiva che cerca di cambiare il contenuto dei pensieri disturbanti l'ACT cerca di aiutare i clienti a portare il linguaggio e il pensiero sotto un appropriato controllo contestuale. L'ACT utilizza quindi strategie basate sull'accettazione e la mindfulness, e insieme a strategie di impegno e cambiamento del comportamento, per aumentare nei clienti la flessibilità psicologica (psychological flexibility).
- ✓ RPT (Relapse Prevention Therapy; Marlatt and Gordon, 1985; Parks, Marlatt, and Anderson, 2001). La RPT è un trattamento Cognitivo-Comportamentale indicato per evitare le ricadute in individui in cura per dipendenza da sostanze psicotrope o alcolismo. Viene usata la metafora "*fare surf sullo stimolo*" (urge surfing) per incoraggiare i clienti ad immaginare che gli stimoli siano come le onde sull'oceano che crescono gradualmente fino alla cresta e poi si abbassano. Il paziente "cavalca" le onde senza cadere negli impulsi, ed impara così che gli stimoli passeranno.
- ✓ CFT (Compassion Focused Therapy; Gilbert, 2005a). La CFT nasce da alcune osservazioni raccolte da Gilbert nella sua esperienza clinica, soprattutto con soggetti depressi. In parte a causa delle esperienze di vita, questi pazienti mostrano spesso, in modo caratteristico, forti emozioni di vergogna, autocritica, odio verso se stessi e hanno enormi difficoltà ad essere gentili con se stessi, ad aprirsi alla gentilezza degli altri, a sperimentare sensazioni di calore interno (*inner warmth*) e rassicurazione (Gilbert, 1992, 2007c). È questo il target primario di intervento della TFC: pazienti autocritici, che si auto-invalidano, caratterizzati da diffuse emozioni di colpa e/o vergogna e che sembrano piuttosto resistenti agli interventi della Terapia Cognitiva standard.

2.4.1 La Terapia Focalizzata sulla Compassione - TFC

La Compassion Focused Therapy (CFT), in italiano “Terapia Focalizzata sulla Compassione” (TFC), è un approccio psicoterapeutico di recente diffusione che fa parte delle psicoterapie cognitivo-comportamentali mindfulness-based, come già sopra descritto, più note come approcci “di terza onda” o “terza generazione”.

La TFC è stata sviluppata dal Paul Gilbert (2005), Professore di Psicologia presso l’ Università di Derby nel Regno Unito, da anni impegnato nella ricerca scientifica sul senso di colpa, sulla vergogna e sull’ autocritica, da egli ritenuti elementi centrali di molti disturbi psicologici, dalla depressione alle psicosi.

La TFC nasce proprio a seguito dell’ osservazione clinica che alcuni pazienti, particolarmente autocritici e auto-colpevolizzanti, non migliorano con la Terapia Cognitiva Standard. Essi cioè possono giungere a comprendere la “logica” o, meglio, l’ illogicità dei loro pensieri negativi disfunzionali (su di sé, sul mondo o sul futuro), ma continuare a sentirsi a disagio, a colpevolizzarsi, ad autoaccusarsi. Secondo Gilbert in questi pazienti così autocritici c’è uno squilibrio, acquisito nell’ infanzia, nei sistemi di regolazione delle emozioni.

Alla base della TFC vi è l’ ipotesi evolucionista che nel cervello umano esistano tre sistemi cerebrali sottesi alla regolazione delle emozioni:

- 1) il sistema di minaccia e protezione,
- 2) il sistema di esplorazione e ricerca di risorse,
- 3) il sistema di sicurezza e benessere.

Il sistema di minaccia e protezione ha la funzione di individuare velocemente le minacce presenti nell’ambiente e di elicitare rapidi sentimenti di ansia, rabbia o disgusto che ci motivano ad agire prontamente per proteggerci dalla minaccia individuata. L’esito comportamentale di questo processo di regolazione emotiva può essere il fronteggiamento della minaccia, la fuga o la sottomissione.

Il sistema di esplorazione e ricerca ha la funzione di motivarci a cercare le risorse di cui necessitiamo (cibo, opportunità sessuali, nuovi territori, alleanze, etc.). Stimola

pertanto emozioni positive ed energizzanti, ci fa desiderare di raggiungere nuovi obiettivi e ci consente di gioire dei successi e delle ricompense ottenute.

Il sistema di sicurezza e benessere ha la funzione di promuovere i comportamenti sociali affiliativi, il senso di appartenenza, la capacità di instaurare relazioni interpersonali intime e si attiva quando sia uomini che animali non devono fronteggiare minacce o pericoli e, allo stesso tempo, hanno risorse sufficienti. Le emozioni offerte da questo sistema sono il senso di pace, di benessere e di tranquillità; uno stato di “non ricerca” che Gilbert ritiene possa essere sperimentato durante le prime esperienze di attaccamento con i propri genitori, a condizione che queste siano positive.

Secondo Gilbert infatti, esperienze precoci di cura da parte di adulti affettuosi e responsivi stimolerebbero l’ attivazione del sistema, mentre esperienze di abusi, negligenze o semplice trascuratezza ne ridurrebbero l’attivazione, in alcuni casi fino all’inaccessibilità. Da questa scarsa attivazione o inaccessibilità del sistema di sicurezza e benessere e dalla contemporanea attivazione eccessiva del sistema di minaccia e protezione deriverebbero quei livelli elevati di autocritica e vergogna da cui sono afflitti alcuni pazienti.

L’obiettivo principale della TFC è, quindi, il ripristino dell’ equilibrio tra i tre sistemi di regolazione delle emozioni. In particolare, essendo il sistema di sicurezza e benessere estremamente sensibile a input di tipo sociale, la relazione terapeutica costituirebbe, secondo Gilbert, la relazione ideale nella quale il paziente può sperimentare (in alcuni casi per la prima volta) l’ esperienza emotiva dell’ accudimento, della gentilezza, del contenimento affettivo e di tutti quei vissuti interiori che in una parola egli definisce “compassione”.

La *compassione* è definita da Gilbert attraverso alcune componenti che egli chiama “attributi”. Essi sono:

- ✓ Cura degli altri. E’ la motivazione ad accudire gli altri al fine di alleviare la loro sofferenza.
- ✓ Sensibilità alla sofferenza. Rappresenta la capacità di essere sensibili ai bisogni e ai disagi degli altri, a saperli riconoscere e distinguere.

- ✓ Partecipazione emotiva (sympathy). Significa essere coinvolti emotivamente dai sentimenti e dalla sofferenza di coloro di cui ci si prende cura.
- ✓ Empatia. Riguarda la comprensione cognitiva degli altri, la capacità di mettersi nei loro panni e guardare il mondo dal loro punto di vista. Si noti che mentre l'empatia richiede uno sforzo, la partecipazione emotiva no.
- ✓ Tolleranza alla sofferenza. Significa essere capaci di contenere, di stare con, di tollerare alti livelli di emozione anziché evitarli, distrarsene, invalidarli o negarli.
- ✓ Atteggiamento non giudicante. Significa non condannare, non criticare, non colpevolizzare e non rigettare nulla, pur mantenendo le proprie preferenze e le proprie opinioni.

Secondo la TFC la compassione si può insegnare e si può apprendere. Un ruolo centrale nella terapia è proprio il *Compassionate Mind Training*, un vero e proprio addestramento che insegna ai pazienti a esercitare le seguenti competenze:

- ✓ Attenzione compassionevole. Consiste nel focalizzare l'attenzione su oggetti o situazioni che possano esserci d'aiuto e di supporto.
- ✓ Ragionamento compassionevole. Riguarda il modo in cui ragioniamo su noi stessi, sul mondo e sugli altri. Gli interventi psicoterapeutici in questo ambito non si differenziano da quelli proposti nella Terapia Cognitiva Standard, ma viene data una certa enfasi al controllo che il paziente non si colpevolizzi del fatto di avere delle distorsioni cognitive e che miri a modificarle senza "maltrattarsi".
- ✓ Comportamento compassionevole. Consiste nell' aiutare il paziente a fronteggiare le situazioni di cui ha paura o nelle quali è in difficoltà infondendogli coraggio, offrendo un' accoglienza calda e supportandolo con pensieri pieni di gentilezza, in espressa analogia a quanto fa un buon genitore quando il bambino deve imparare ad affrontare un ostacolo o ad apprendere una nuova competenza.
- ✓ Immaginazione compassionevole. Consiste nell' aiutare il paziente a generare sentimenti compassionevoli per se stesso. In particolare, si può esplorare con

l'immaginazione il proprio ideale di compassione e si invita a esplorarne le espressioni, il tono di voce, l'aspetto.

- ✓ Sensazione compassionevole. Si riferisce alla possibilità, promossa dal terapeuta, di aiutare il paziente a sentire quello che prova nel corpo quando sperimenta la compassione per sé e per gli altri.
- ✓ Emozione compassionevole. Le emozioni compassionevoli sono l'esito di tutto il Compassionate Mind Training e sono rappresentate da un senso di pace, quiete e tranquillità.

Attualmente la TFC, soprattutto nel Regno Unito, è utilizzata per il Disturbo Post-Traumatico da Stress, le psicosi, i disturbi dell'umore, i disturbi alimentari ed il dolore cronico. Come Gilbert stesso ammette le ricerche di validazione dell'efficacia sono ancora troppo poche, ma promettenti.

A conclusione del presente capitolo, è possibile affermare che il panorama attuale della Psicoterapia Cognitiva riflette quasi direttamente lo stato delle conoscenze attuali nello studio della condotta. Ciò significa che sia nella psicologia di base che nella psicologia clinica e nella psicopatologia i contributi della ricerca sono applicati al lavoro clinico; altresì, la stessa Psicoterapia Cognitiva non ha mancato di produrre evidenze e modelli che hanno contribuito allo sviluppo delle discipline di base.

Uno dei settori ancora emergenti è quello della intersezione tra la psicologia del giudizio e del ragionamento e la Psicoterapia Cognitiva; in tal ambito vi sono contributi (Winfried, Goldfried, 1986; Mancini, 1996; Salkovskis, Kirk, 1997; Gelder, 1997) attraverso i quali è possibile ipotizzare il modello di una psicoterapia integrata, ben fondata sulle evidenze empiriche, e intelligibile riguardo la prospettiva soggettiva del paziente.

TERZO CAPITOLO

Self-Compassion, Personal Well-Being ed Empowerment: l'innovazione delle strategie di intervento a supporto delle donne vittime di maltrattamento

3.1 Introduzione e modello teorico di riferimento

Per molti anni i ricercatori si sono interessati allo studio dei fattori che promuovono strategie di coping e resilienza, nonché del benessere soggettivo (Bonanno, 2004; Diener, Lucas, & Oishi, 2002; Ryan & Deci, 2000; Ryff & Singer, 2002).

Di fronte ai fallimenti, alle perdite, ai problemi personali, alcune persone reagiscono con serenità, altre, invece, aggravano la loro angoscia ruminando sulle calamità della vita e castigando se stessi per i loro difetti e problemi (Leary, 2004).

Prima di descrivere i processi di coping, quali dimensioni psicologiche principalmente coinvolte nel processo di adattamento a situazioni stressanti (Holahan e Moos, 1994; Klapow et. al., 1995), si ritiene necessario dare una definizione di ciò che si intende per *stress*.

L'origine del termine è appannaggio dell'ingegneria, dove con *stress* si denota una forza che viene applicata ad un materiale e che, in tal modo, può produrre in esso una tensione o un cambiamento meccanico.

In psicologia viene utilizzato per la prima volta da Cannon, nel 1932, come sinonimo di "stimolo nocivo".

Successivamente, Selye (1936) concettualizza lo stress come un insieme di reazioni difensive di natura fisiologica e psicologica attuate per far fronte ad una minaccia o ad una sfida. Selye fu il primo ad aver riconosciuto che lo stress non è una condizione necessariamente patologica e negativa, ma una reazione in primo luogo adattativa, in quanto finalizzata a ristabilire o a mantenere l'equilibrio omeostatico.

Infine, Lazarus e Folkman (1984) definiscono lo stress come la condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali e individuali, che vengono mediate da variabili di tipo cognitivo. Quindi lo stress viene concettualizzato come qualcosa di dinamico, a carattere relazionale e compare per la prima volta il concetto di *stress psicologico*. Con tale concetto si sottolinea la componente soggettiva dell'evento stressante, ovvero che l'elemento fondamentale che determina l'entità della reazione emozionale-fisiologica è la valutazione cognitiva che l'individuo compie del suddetto evento stressante. In altre parole, nessun evento esistenziale significativo può essere considerato aprioristicamente patogenetico e, allo stesso tempo, ogni evento suscettibile di produrre una reazione emozionale potrebbe essere definito come avvenimento stressante (Pancheri, 1993). Quindi gli eventi sono stressanti nella misura in cui sono percepiti come stressanti, per cui uno stimolo produrrà o meno una reazione di stress a seconda di come viene interpretato e valutato (Lazarus, 1998).

Tuttavia lo stress non è un'esperienza esclusivamente soggettiva, ma la sua entità è definita anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo. Perciò la portata stressogena di un evento è determinata, oltre che dalla valutazione cognitiva dello stimolo compiuta dall'individuo, anche dalle caratteristiche oggettive dello stimolo, ovvero dalla qualità dell'evento (come l'impatto emozionale che produce nel soggetto) e dalla sua quantità (come, per esempio, la durata temporale e la "vicinanza" con altri eventi che costituiscono una potenziale minaccia per l'equilibrio psico-fisico dell'individuo). Infine, la portata stressogena di un evento è definita, oltre che dalla valutazione cognitiva e dalla percezione emotiva dello stimolo (valutazione primaria), anche dalla cosiddetta valutazione secondaria, ovvero dalla valutazione che un individuo compie delle proprie risorse e capacità di far fronte allo stimolo stressante (*Strategie di Coping*). In altre parole, un evento sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo (Lazarus, 1993; Lazarus e Folkman, 1984).

Le *Strategie di Coping* sono, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante. Tuttavia, esse non garantiscono il successo di tale adattamento. Infatti, il Coping, se è funzionale alla situazione può mitigare e

ridurre la portata stressogena dell'evento, ma, se è disfunzionale ad essa, può anche amplificarla.

Come sopra anticipato, con il termine *coping* ci si riferisce all'insieme degli sforzi cognitivi e comportamentali attuati per controllare specifiche richieste interne e/o esterne che vengono valutate come eccedenti le risorse della persona (Lazarus, 1991). Si evincono da tale definizione quelle che sono le caratteristiche distintive del coping, ossia: a) è un processo dinamico, in quanto è costituito da una serie di risposte reciproche, attraverso le quali ambiente e individuo si influenzano a vicenda; b) comprende una serie di azioni, sia cognitive che comportamentali, intenzionali, finalizzate a controllare l'impatto negativo dell'evento stressante.

Il coping, inoltre, svolge diverse funzioni fondamentali in base alle quali può essere suddiviso in diverse tipologie:

1. Emotion-focused coping, che consiste nella regolazione delle reazioni emotive negative conseguenti alla situazione stressante;
2. Problem-focused coping, che consiste nel tentativo di modificare o risolvere la situazione che sta minacciando o danneggiando l'individuo (Lazarus, 1991; Lazarus e Folkman, 1984).

Questa distinzione è abbastanza prevalente in letteratura e, sulla base di questa, Lazarus e Folkman nel 1980 (Heinemann, 1995), nel 1990 Endler e Parker hanno individuato tre tipologie di coping predominanti:

1. *coping centrato sul compito (task coping)*: è rappresentato dalla tendenza ad affrontare il problema in maniera diretta, ricercando soluzioni per fronteggiare la crisi;
2. *coping centrato sulle emozioni (emotion coping)*: rappresentato da abilità specifiche di regolazione affettiva, che consentono di mantenere una prospettiva positiva di speranza e controllo delle proprie emozioni in una condizione di disagio, oppure di abbandono alle emozioni, come la tendenza a sfogarsi o, ancora, la rassegnazione;

3. *coping centrato sull'evitamento (avoidance coping)*: rappresentata dal tentativo dell'individuo di ignorare la minaccia dell'evento stressante o attraverso la ricerca del supporto sociale o impegnandosi in attività che distolgono la sua attenzione dal problema.

In particolare, gli studi sugli stili di coping nel corso di malattie croniche (Scharloo, Turner, Jensen e Romano, 2000) hanno evidenziato che l'essere attivi, il pensare positivamente e l'esprimere le proprie emozioni correla positivamente con livelli di funzionamento significativamente più alti, con punteggi più positivi nelle misure cliniche della malattia e con migliori livelli di adattamento psicologico.

Nell'ambito degli studi sulle strategie di coping nel corso di malattie croniche, si colloca il lavoro di Brown e Nicassio (1987) sulle modalità di coping dei pazienti con dolore cronico. Essi propongono una formulazione delle tipologie di coping alternativa rispetto a quella tradizionale, proposta da Lazarus e Folkman. I due autori, infatti, descrivono due principali strategie di coping:

1. *strategie attive di coping*: rappresentate dal tentativo del paziente di controllare in qualche modo il proprio dolore (per esempio, facendo gli esercizi consigliati dal terapeuta) oppure dal tentativo di mantenere un buon livello funzionale, nonostante il permanere del dolore stesso,
2. *strategie passive di coping*: per cui il paziente lascia il controllo del proprio dolore ad altri o permette che altre aree significative di vita vengano influenzate negativamente dal dolore.

Secondo tale formulazione la differenza fondamentale tra strategie attive e passive si fonda, quindi, sul fatto che il paziente faccia affidamento su risorse interne a sé o esterne nella gestione del proprio dolore. Infine, Smith e Wallston (1994) da diversi studi effettuati hanno rilevato un dato interessante: le diverse strategie di coping, siano esse attive o passive, interagiscono tra loro nel determinare risultati positivi. In altre parole, il successo dell'adattamento alla malattia dipenderà dalla interazione tra i diversi stili di coping e dalla situazione a cui essa viene applicata.

Ciò conduce alla considerazione che, in realtà, non esistono stili di coping adattivi o disadattivi a priori, in quanto strategie che possono risultare efficaci in una situazione, potrebbero non esserlo in un'altra e modalità reattive che risultano positive, se usate moderatamente e temporaneamente, possono divenire negative se usate in modo esclusivo (Zeidner e Saklofske, 1996).

Si può, quindi, concludere che l'elemento essenziale per un buon adattamento allo stress, soprattutto nel caso di eventi stressanti duraturi nel tempo, sia la flessibilità nell'uso delle strategie di coping, la capacità, cioè, di non irrigidirsi su un'unica strategia, ma di riuscire a cambiarla qualora si dimostri inefficace e disadattiva.

In base a tali premesse, introduciamo il costrutto della Self-Compassion, come ipotetico e potenziale costrutto psicologico in base al quale determinare una nuova strategia di risoluzione e di fronteggiamento di situazioni stressanti.

Nel 2003, Kristin Neff, una psicologa e ricercatrice americana dell'Università del Texas, ad Austin, ha introdotto il costrutto della Self-Compassion che descrive questa attitudine come la risultante di tre abilità di base:

1) la capacità di trattarsi con gentilezza, comprensione e perdono (ad esempio con un cambiamento intenzionale del proprio self-talk) piuttosto che con severa auto-critica;

2) la capacità di vedere le proprie esperienze negative e i propri difetti come aspetti condivisi dell'esperienza umana piuttosto che come elementi "anormali", di separazione ed isolamento dagli altri;

3) la capacità di affrontare e contenere le proprie emozioni e pensieri dolorosi con consapevolezza piuttosto che iper-coinvolgimento ed identificazione (abilità di mindfulness).

La compassione è *"una particolare sensibilità alla sofferenza di noi stessi e degli altri, unita al vissuto del desiderio di alleviarla"*; rivolgerla a noi stessi vuol dire essere consapevoli e "toccati" dalla nostra stessa sofferenza e sperimentare un desiderio di benessere nei nostri confronti. In sintesi, è la disponibilità a dare a se stessi, soprattutto in momenti di sofferenza, lo stesso tipo di attenzione, cura e

gentilezza che saremmo soliti riservare alle persone amate che si trovano in una condizione simile.

La Neff ha, inoltre, costruito uno strumento, la Self-Compassion Scale che è attualmente utilizzato in numerose ricerche internazionali e i dati ci dicono che correla con la maggior parte delle misure di benessere psicologico ben più di quanto possa fare un costrutto apparentemente simile, ma profondamente diverso, che è l'autostima. Di quest'ultima garantirebbe i benefici senza però gli ormai noti "effetti collaterali" tra cui aumento delle tendenze narcisistiche, chiusura cognitiva, tendenza a negare o accusare gli altri per i propri fallimenti ed ad esibire quello che è stato definito il *better-than-average effect*: il bisogno di sentirsi migliori degli altri come unico modo per sentirsi bene con se stessi.

E' di Gilbert, un altro noto psicoterapeuta e ricercatore sul tema della compassione, il merito di aver strutturato un intervento per rendere le abilità della compassione utilizzabili in ambito psicoterapeutico. Gilbert (2009) ha creato uno specifico training, il Compassionate Mind Training, che insegna come incrementare la compassione di sé e ridurre la tendenza all'autocritica, soprattutto in pazienti con una spiccata disposizione all'auto-invalidazione, come la definirebbe la Linehan.

Neff (2003a, 2003b) ha identificato un costrutto che può giocare un ruolo importante nel comprendere come le persone affrontano i problemi della vita.

Secondo Neff (2003a), la "*Self-Compassion*" comporta:

"l'essere aperto e mosso dalla propria sofferenza, vivendo sentimenti di cura e gentilezza verso se stessi, adottando un sentimento di comprensione e l'atteggiamento non giudicante nei confronti della propria inadeguatezza e fallimenti, e riconoscendo che la propria esperienza è parte della comune esperienza umana" (p. 224).

Così, la *Self-Compassion* può aiutare le persone ad accettare ed affrontare gli eventi negativi e generare sentimenti positivi di sé quando la vita va male.

Per dimostrare che la Self-Compassion è correlata con il benessere psicologico, i ricercatori hanno iniziato ad esaminare come tale costrutto modera le reazioni delle persone che affrontano eventi negativi. Neff, Hsieh e Dejjattarat (2005) hanno esaminato la relazione tra Self-Compassion e le reazioni al fallimento accademico.

Questi studi hanno dimostrato che l'auto-compassione modera le reazioni al fallimento reale e potenziale, possibilmente riducendo l'avversione agli eventi che minacciano la nostra autostima. Inoltre, un ulteriore studio mostra una correlazione significativa con i fattori di personalità presenti nel Big Five Questionnaire: correla positivamente con i fattori di FELICITÀ, ESTROVERSIONE E COSCIENZIOSITÀ; mentre mostra una negativa correlazione con il fattore NEVROTICISMO (Neff, 2006).

In un'ottica clinica e di prevenzione del rischio individuale, si ipotizza che la Self-Compassion possa avere un ruolo rilevante nella salvaguardia del benessere psicosociale dell'individuo che ha subito un trauma.

3.2 Metodologia sperimentale e strumenti utilizzati

La presente ricerca è caratterizzata da due fasi di tipo sperimentale:

1. FASE QUANTITATIVA
2. FASE QUALITATIVA DI RICERCA-AZIONE

Nella prima fase, l'obiettivo è stato quello di verificare il ruolo della Self-Compassion nella modulazione del Benessere Psicologico Individuale.

Per tale obiettivo, è stato costruito un questionario self-report, costituito dalle seguenti schede:

- ✓ Scheda 1. Anagrafica, per indagare le variabili di background socio-anagrafico e socio-ambientale del soggetto;
- ✓ Scheda 2. PWB – Personal Well Being (Ryff, 1989), per valutare il livello di benessere personale percepito;
- ✓ Scheda 3. SCL-90-R – Symptom CheckList – 90 - Revised (Derogatis, 1994), per indagare la sintomatologia primaria di base;
- ✓ Scheda 4. VS_1: per approfondire quale tipo di violenza ha subito da parte del partner o ex-partner;

- ✓ Scheda 5. SCS – Self-Compassion Scale (Neff, 2003b): per indagare il livello di Self-Compassion;
- ✓ Scheda 6. VS_2: la presente scheda è come se suddividesse il questionario in due parti ideali: una di tipo quantitativo, dove vengono ricercate le variabili di ricerca attraverso test di screening; ed una di tipo qualitativo, dove si cerca di creare una relazione con il soggetto partecipante, al quale si chiede di condividere la sua esperienza traumatica, cercando di rievocare ricordi, immagini, pensieri ed i vissuti emotivi.

Nella seconda fase, invece, è stato istituito un percorso di Laboratorio esperienziale denominato “*Compassionevol-Mente*”, ossia un percorso di supporto psicologico basato sulla Terapia Focalizzata sulla Compassione (TFC), in quanto più recentemente, la compassione di Sé e le tecniche per svilupparla hanno ricevuto attenzione nel campo della ricerca (Gilbert, e Procter, 2006; Leary et al., 2007; Neff, 2003 a, 2003 b) e sono diventate elementi centrali di alcuni programmi di auto-aiuto (Germer, 2009; Gilbert, 2009 a, 2009 b). La TFC è stata sviluppata con e per i soggetti con problematiche mentali croniche e complesse, caratterizzate da alti livelli di vergogna e autocritica, o che hanno subito abusi e/o maltrattamenti.

Si tratta di un intervento multimodale, che si è posto l’obiettivo di ripristinare i seguenti costrutti interpersonali, quali la regolazione emotiva, l’autoefficacia personale e la *Mindfulness*.

3.2.1 Il Personal Well-Being – PWB (Ryff, 1989)

Il PWB è un questionario di auto-valutazione composto da 84 items suddivisi in sei scale che rappresentano le dimensioni di benessere psicologico: autoaccettazione, autonomia, controllo ambientale, crescita personale, scopo nella vita, relazioni positive. Nello specifico, si rimanda alla seguente tabella (tratta da Ruini et al., 2003) l’esplicitazione delle variabili che lo costituiscono.

Tabella 1. Profilo di Benessere Psicologico in base al Punteggio

Dimensioni	Definizioni	
	Punteggio alto	Punteggio basso
Autoaccettazione	Implica il possedere atteggiamenti positivi nei confronti di se stessi. Evidenzia la consapevolezza delle proprie qualità positive e negative. In genere il pensiero della vita che è trascorsa suscita sentimenti positivi	Evidenzia un senso di insoddisfazione nei confronti di se stessi, e di come sono andate le cose nella vita trascorsa. Tali persone vorrebbero essere diverse da come sono in realtà perché ci sono alcuni aspetti della personalità con cui sono in conflitto
Relazioni positive con gli altri	Le relazioni con gli altri sono basate sulla fiducia e sul calore. Tali persone sono in grado di provare forti sentimenti di empatia, affetto e di creare rapporti all'insegna dell'intimità. Queste qualità danno la possibilità a chi le possiede di riuscire a dare e ricevere il massimo da tali rapporti.	Le relazioni con gli altri sono poche e poco affidabili. Per queste persone è molto difficile essere calorosi, aperti e interessati alle vicende altrui. Sono isolati e frustrati dalle relazioni interpersonali. Essi non sono disposti a scendere a compromessi per mantenere legami importanti con gli altri.
Autonomia	Queste persone sono molto sicure di sé ed indipendenti. Sono in grado di resistere alle pressioni sociali che tenderebbero a farli pensare e agire come la maggior parte delle altre persone. Essi sono in grado di regolare il loro comportamento dall'interno, valutando se stessi attraverso standard personali.	Queste persone sono molto influenzate nei loro comportamenti dalle aspettative e dai giudizi degli altri. Si basano sui consigli degli altri per prendere ogni tipo di decisione. Il loro modo di agire e pensare è condizionato dalle pressioni sociali.
Controllo Ambientale	Tali individui hanno un senso di dominio e di competenza nel controllare l'ambiente circostante. Sono in grado di gestire una vasta gamma di attività e riescono a trarre tutte le opportunità che ciò che li circonda offre. Un'altra qualità da non sottovalutare è il fatto che essi riescono a rendere il più conforme alle loro esigenze l'ambiente circostante.	Tali individui hanno grosse difficoltà a gestire la vita di tutti i giorni. Non sono capaci di cogliere le opportunità che si prospettano loro e sembrano non essere in grado di controllare il mondo che li circonda.
Scopo nella vita	Queste persone hanno delle mete e un senso di direzione nei confronti della loro vita. Attribuiscono un significato importante alla vita passata e presente. Hanno elaborato delle convinzioni che danno un senso alla loro vita.	Queste persone non attribuiscono alla loro vita nessun particolare significato, hanno pochissime mete ed obiettivi. Vedono la loro vita passata come se non avesse nessun significato e non hanno nessun tipo di prospettiva circa la loro vita attuale che possa attribuire un significato preciso.
Crescita personale	Tali individui hanno la sensazione di continua crescita e interpretano la loro persona come in continua espansione. Sono aperti alle nuove esperienze e cercano continuamente di realizzare il loro potenziale. Se guardano al futuro si vedono migliorati. Questa predisposizione al cambiamento permette loro di raggiungere una più alta conoscenza di se stessi.	Tali individui hanno la percezione di essere in una situazione di stallo e hanno perso la spinta a crescere e migliorarsi lungo l'arco del tempo. Si sentono incapaci di sviluppare nuovi comportamenti e sono tendenzialmente annoiati e disinteressati nei confronti della loro vita.

Quasi cinquant'anni fa l'Organizzazione Mondiale della Sanità³² ha definito la salute come *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non solamente l'assenza di disagio o malattia”*. Tuttavia, gli indici di salute nella nostra società continuano ad essere focalizzati in larga parte sul disagio, sulla malattia e sul funzionamento negativo. Di conseguenza, nella valutazione della guarigione da un disturbo affettivo diventa essenziale non solo la completa remissione

³² World Health Organization (1948). *World Health Organization Constitution*. In: Basic documents. Geneva: World Health Organization.

sintomatologica, ma anche il ripristino del benessere psicologico e di un funzionamento ottimale dell'individuo³³.

3.2.2 Il Symptom Checklist – 90 - Revised (Derogatis, 1994)

La SCL-90-R valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività) di pazienti psichiatrici, di medicina generale e soggetti non clinici.

Concepita sotto forma di questionario a 90 item per riflettere la configurazione di sintomi psicologici di soggetti non clinici e clinici, la SCL-90-R valuta nove dimensioni sintomatologiche primarie:

1. Somatizzazione (SOM): riflette il disagio legato alla percezione di disfunzioni nel proprio corpo; i sintomi focalizzano sugli apparati cardiovascolare, gastrointestinale e respiratorio.
2. Ossessività-Compulsività (O-C): focalizza sui pensieri, sugli impulsi e sulle azioni sperimentati come persistenti e irresistibili, di natura egodistonica o indesiderati.
3. Ipersensibilità interpersonale (I-S): punta sui sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, in particolare in confronto ad altre persone.
4. Depressione (DEP): sono anche inclusi sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione.
5. Ansia (ANX): comprende segni generali di ansia come nervosismo, tensione, tremori così come attacchi di panico e sensazione di terrore.
6. Ostilità (HOS): riflette pensieri, sentimenti, comportamenti caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia.
7. Ansia fobica (PHOB): è definita come una persistente reazione di paura a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione, percepita come irrazionale o sproporzionata rispetto allo stimolo.

³³ Ruini, C. et al. (2000). Il concetto di guarigione nei disturbi affettivi. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 230, 27-36.

8. Ideazione paranoide (PAR): pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, riferimento a Sé, paura di perdita dell'autonomia e deliri sono tutti espressioni primarie di questo disturbo.
9. Psicoticismo (PSY): rappresenta il costrutto come una dimensione continua dell'esperienza umana e contiene item indicativi di ritiro e isolamento così come i sintomi di primo rango della schizofrenia.

In aggiunta, tre indici globali completano la valutazione:

1. Global Severity Index (GSI): è il migliore indicatore globale dell'intensità del livello di disagio psichico lamentato dal soggetto.
2. Positive Symptom Total (PST): è rappresentato dal numero di sintomi riportati dal soggetto.
3. Positive Symptom Distress Index (PSDI): è utilizzato come indice dello stile di risposta.

Gli indici globali offrono maggiore flessibilità nella valutazione complessiva dello stato psicopatologico del paziente, permettendo di disporre di indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico.

3.2.3 La Self-Compassion Scale – SCS (Neff, 2003b)

La scala SCS esamina la relazione tra il costrutto della Self-Compassion ed i livelli di benessere psicologico. Avere alti livelli di Self-Compassion comporta l'essere gentili verso se stessi in caso di sofferenza o episodi di fallimento; percepire le proprie esperienze come parte dell'esperienza umana; e consolidando in modo funzionale pensieri e sentimenti dolorosi nella piena consapevolezza di sé.

Il questionario consta di 26 items valutati su una scala Likert da 1 (quasi mai) a 5 (quasi sempre) ed è caratterizzato da 6 sottoscale che misurano il livello di un individuo di:

1. Self-Kindness (cura di sè)
2. Self-Judgment (auto-critica)
3. Common Humanity (condivisione)
4. Isolation (isolamento)
5. Mindfulness
6. Over-identified (sovra-identificazione)

3.2.4 Il Laboratorio Esperenziale “*Compassionevol-Mente*”

Cosa significa provare compassione verso se stessi e cosa attiva il processo che ci porta a comprendere profondamente le nostre ragioni? Cos'è la compassione verso se stessi?

Questa definizione è collegata alla più generale definizione di *compassione*. Provare compassione significa essere toccati dalla sofferenza degli altri, senza evitare il contatto e senza distaccarsi in modo da lasciar emergere un sentimento di comprensione, gentilezza e desiderio di cura. Provare compassione significa anche offrire un atteggiamento di comprensione non-giudicante nei confronti degli errori che vengono visti nel contesto della condivisione dell'umana fallibilità.

Di converso provare *compassione nei confronti di se stessi* significa essere aperti nei confronti della propria sofferenza, senza evitarla o senza disconnetterci, con il desiderio di alleviarla e di curarci con gentilezza. La compassione verso se stessi comprende anche il guardare con un atteggiamento di non giudizio per le proprie inadeguatezze e i propri fallimenti in modo da comprendere la propria fallibilità nel più largo contesto dell'esperienza umana.

Anche se molte teorie psicologiche mettono in guardia nei confronti dei pericoli derivanti da un atteggiamento eccessivamente egocentrico, in realtà spesso, anche proprio coloro i quali soffrono di egocentrismo, sono accompagnati da un dialogo interiore aspro e aggressivo nei confronti di se stessi. Essere capaci di provare compassione nei confronti di se stessi migliora anche la capacità di provare compassione nei confronti degli altri. Essere meno giudicanti nei confronti di se

stessi permette di esserlo meno anche nei confronti degli altri. Proprio perché porta a riconoscere la propria interconnessione e uguaglianza nei confronti degli altri.

Il sentimento di compassione nei confronti di se stessi è simile al sentimento di perdono nei confronti degli altri e ci rende simili, vittime e carnefici, nella reciproca esperienza di fallimento. Il timore che un atteggiamento di auto-compassione possa condurre ad una sorta di passività può essere ridimensionata dalla constatazione che una vera compassione nasce dal pieno riconoscimento della propria fallibilità e dei propri errori: non siamo auto-indulgenti ma, piuttosto, ci perdoniamo e comprendiamo profondamente noi stessi e il dolore che il nostro comportamento può aver causato.

Inoltre, quando il nostro Sé viene duramente auto-giudicato in una sorta di auto-flagellazione che vuole spingerci al cambiamento e al miglioramento, la funzione protettiva dell' *ego*, spesso, agisce come un schermo protettivo che riduce la consapevolezza, portando così, come effetto negativo, una perdita di consapevolezza di sé e uno strutturarsi di possibili ripetizioni non consapevoli del comportamento disfunzionale.

L'autocritica può condurre ad intense reazioni avversative legate alla resistenza al dolore. Questo tipo di risposta si accompagna ad un proliferare di pensieri ruminativi e ad un proliferare di affetti negativi come ansia, depressione, angoscia. Offrendo, dunque, compassione a se stessi ci forniamo di quella "base sicura" che ci è necessaria perché il processo di cambiamento possa svolgersi in modo autoregolato.

Nessun cambiamento, infatti, è possibile se prima non ci sentiamo sicuri: il costruito della Self-Compassion, può offrire quella base sicura che permette di vedere se stessi senza timore, permettendo così lo svolgersi di un processo di *transformance* basato su una cura nei confronti di se stessi.

Come già affermato in precedenza, la compassione raccoglie tre componenti: 1) gentilezza verso se stessi che si estende ad un atteggiamento non giudicante; 2) comprensione della interconnessione tra tutte le persone che rende la nostra esperienza di dolore simile a quella di tanti altri ma, anche, che rende il nostro dolore l'altra faccia del dolore dell'altro; 3) Mindfulness, ossia la capacità di avere una consapevolezza equilibrata dei pensieri e delle emozioni senza cadere in una sovra-identificazione.

Questi tre elementi, anche se sono concettualmente distinti, sono fenomenologicamente interconnessi. Migliorando la nostra gentilezza nei confronti di noi stessi, diminuiamo il biasimo e il giudizio che ci portano ad isolarci e a considerarci narcisisticamente feriti. Diventiamo cioè più consapevoli di come il nostro dolore ha un corrispettivo nel dolore dell'altro.

Nello specifico e sulla base di tali presupposti teorici, è stato ideato il percorso esperienziale, utilizzando tecniche specifiche della Terapia Focalizzata sulla Compassione e strategie di base della Mindfulness.

La struttura del percorso è stata caratterizzata da incontri a frequenza settimanale, ciascuno della durata di 2 ore.

3.3 Il campione sperimentale

Nella prima fase di raccolta dati sono state coinvolte 25 donne (media età= 35,6 anni) che hanno subito una qualunque forma di abuso o maltrattamento, che attualmente risiedono in Centri Anti-Violenza o Associazioni a tutela della violenza di genere del territorio campano.

Nella seconda fase, ossia di ricerca-azione, è stato istituito il percorso di Laboratorio Esperienziale "*Compassionevol-Mente*", cui hanno aderito 5 donne che hanno partecipato alla fase precedente.

3.4 Analisi dei risultati

Dall' analisi delle frequenze effettuata emerge che:

LAVORO

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ALTRO	2	8,0	8,0	8,0
	DISOCCUPATA	7	28,0	28,0	36,0
	CASALINGA	11	44,0	44,0	80,0
	LIBERA PROFESSIONISTA	2	8,0	8,0	88,0
	STUDENTE	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

SCOLARIZZ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	media inferiore	15	60,0	60,0	60,0
	media superiore	10	40,0	40,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

STATUS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SEPARATA	5	20,0	20,0	20,0
	SINGLE	8	32,0	32,0	52,0
	FIDANZATA	8	32,0	32,0	84,0
	SPOSATA	3	12,0	12,0	96,0
	DIVORZIATA	1	4,0	4,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

FIGLI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NO	11	44,0	44,0	44,0
	SI	14	56,0	56,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

		AUTOACCETTA Z	REL_POS	AUTONOMIA	CONTR_AMB	SCOPO_V
AUTOACCETTAZ	Pearson Correlation	1	,974**	,983**	,927**	,
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
REL_POS	Pearson Correlation	,974**	1	,999**	,988**	,
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	
	N	25	25	25	25	
AUTONOMIA	Pearson Correlation	,983**	,999**	1	,980**	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	
	N	25	25	25	25	

CONTR_AMB	Pearson Correlation	,927**	,988**	,980**	1	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		
	N	25	25	25	25	
SCOPO_VITA	Pearson Correlation	,869**	,734**	,763**	,620**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	
	N	25	25	25	25	
CRESCITA	Pearson Correlation	,995**	,946**	,959**	,884**	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
SOM	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
O_C	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
I_S	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
DEP	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
ANX	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
HOS	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
PHOB	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
PAR	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	

PSY	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
CURA_SE	Pearson Correlation	,782**	,903**	,883**	,959**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
AUTOCRITICA	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
UMANITA	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
ISOLAMENTO	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
MINDFULNESS	Pearson Correlation	,782**	,903**	,883**	,959**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
SOVRA_G	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

		AUTOACCETTA Z	REL_POS	AUTONOMIA	CONTR_AMB	SCOPO_V
AUTOACCETTAZ	Pearson Correlation	1	,974**	,983**	,927**	
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
REL_POS	Pearson Correlation	,974**	1	,999**	,988**	
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	

	N	25	25	25	25	
AUTONOMIA	Pearson Correlation	,983**	,999**	1	,980**	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	
	N	25	25	25	25	
CONTR_AMB	Pearson Correlation	,927**	,988**	,980**	1	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		
	N	25	25	25	25	
SCOPO_VITA	Pearson Correlation	,869**	,734**	,763**	,620**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	
	N	25	25	25	25	
CRESCITA	Pearson Correlation	,995**	,946**	,959**	,884**	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
SOM	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
O_C	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
I_S	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
DEP	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
ANX	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
HOS	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
PHOB	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	

	N	25	25	25	25	
PAR	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
PSY	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
CURA_SE	Pearson Correlation	,782**	,903**	,883**	,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
AUTOCRITICA	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
UMANITA	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
ISOLAMENTO	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
MINDFULNESS	Pearson Correlation	,782**	,903**	,883**	,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
SOVRA_G	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

	AUTOACCETTA Z	REL_POS	AUTONOMIA	CONTR_AMB	SCOPO_V
AUTOACCETTAZ	Pearson Correlation	1	,974**	,983**	,927**

	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
REL_POS	Pearson Correlation	,974**	1	,999**	,988**	,
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000	
	N	25	25	25	25	
AUTONOMIA	Pearson Correlation	,983**	,999**	1	,980**	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000	
	N	25	25	25	25	
CONTR_AMB	Pearson Correlation	,927**	,988**	,980**	1	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		
	N	25	25	25	25	
SCOPO_VITA	Pearson Correlation	,869**	,734**	,763**	,620**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,001	
	N	25	25	25	25	
CRESCITA	Pearson Correlation	,995**	,946**	,959**	,884**	,
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
SOM	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
O_C	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
I_S	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
DEP	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
ANX	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	
	N	25	25	25	25	
HOS	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**	.

	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
PHOB	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
PAR	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
PSY	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
CURA_SE	Pearson Correlation	,782**	,903**	,883**	,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
AUTOCRITICA	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
UMANITA	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
ISOLAMENTO	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
MINDFULNESS	Pearson Correlation	,782**	,903**	,883**	,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25
SOVRA_G	Pearson Correlation	-,782**	-,903**	-,883**	-,959**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000
	N	25	25	25	25

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3.5 Discussione

La Positiva Ristrutturazione Cognitiva (*Positive Cognitive Restructuring*) comporta il cambiamento del proprio punto di vista di una situazione stressante, al fine di vederla in una luce più positiva.

Le donne che hanno partecipato alla fase 1 del presente studio-pilota hanno raggiunto punteggi bassi nella SCS (Self-compassion Scale), in quanto la probabilità di avere pensieri negativi come “*Perché queste cose succedono sempre a me?*”, caratterizza il loro pensiero disfunzionale non facilitando la ristrutturazione positiva del pensiero e, dunque, la messa in atto di strategie adattive per il superamento del trauma subito.

Di contro, le partecipanti al Laboratorio esperienziale nella fase re-test, hanno raggiunto livelli maggiori di auto-compassione, adducendo ai costrutti che caratterizzano tale dimensione, quali la cura di Sé, il non isolamento e distaccandosi da pensieri di auto-critica.

Per tale motivo, la self-compassion può essere vista come una innovativa strategia di regolazione emotiva, in cui i sentimenti dolorosi e angoscianti non sono evitati dal soggetto, ma sono invece detenuti con consapevolezza assieme a gentilezza, comprensione, e senso di umanità condivisa. In tal modo, le emozioni negative vengono trasformate in uno stato emotivo più positivo, consentendo la più chiara comprensione della propria situazione immediata e, dunque, l’adozione di azioni che possono cambiare se stessi in modo appropriato ed efficace (Folkman & Moskowitz, 2000; Isen, 2000).

CONCLUSIONI

Il seguente lavoro ha focalizzato l'attenzione sul maltrattamento psicologico nelle donne che hanno subito violenza di genere, che è una particolare forma di maltrattamento in quanto, non presentando effetti fisici evidenti, è difficilmente riconoscibile sia da parte di un osservatore esterno sia da parte della vittima stessa (Tinelli, 2000; Reale, 2000).

Gli effetti psicologici di questo tipo di maltrattamento però sono molteplici e rilevanti. Questa modalità di maltrattamento si attua principalmente mediante la comunicazione e le sue distorsioni operate nell'ambito di relazioni caratterizzate per la continuità e per il legame affettivo come nella coppia. Nell'ambito della coppia queste modalità relazionali si inseriscono nel processo di definizione dei ruoli a cui prendono parte anche le credenze socialmente condivise circa le differenze di genere per quanto concerne i ruoli assunti nella famiglia (Ardone, 1990; Fruggeri, 1998).

Il maltrattamento psicologico si articola in una serie di comportamenti che mirano a svalutare una persona ponendola in una condizione di subordinazione e danneggiandone il benessere psicologico ed emotivo; tali comportamenti non hanno effetti fisici evidenti, come nella violenza fisica o in quella sessuale, e sono molto difficili da riconoscere sia da parte di un osservatore esterno sia da parte della vittima stessa (Tinelli, 2000; Reale, 2000), anche perché spesso, specie se mossi nei confronti di una donna, sono culturalmente accettati (Muratore, 2003; Reale, 2000).

Il messaggio che passa attraverso questi comportamenti è che la vittima sia una persona priva di valore, tali atteggiamenti si insinuano gradualmente nella relazione portando la vittima ad accoglierli, a tollerarli e ad accettare in seguito anche altri comportamenti quali la violenza fisica e sessuale (Paunez, 2004).

Per parlare di abuso psicologico è necessario che questi comportamenti siano talmente pervasivi da far sorgere serie preoccupazioni circa il funzionamento e le condizioni emotive della vittima (Tinelli, 2000). Durante la fase di condizionamento la vittima viene destabilizzata fino a perdere la fiducia in se stessa; viene privata di contatti sociali e rapporti con la famiglia d'origine perché vietati dal partner. Lo stesso stato di tensione o stress permanente in cui viene a trovarsi la potrebbero portare ad assumere una posizione difensiva e ad essere scontrosa, lamentosa o

ossessiva inducendo chi la circonda ad allontanarsi da lei; le viene attribuita eccessiva responsabilità nel prendersi cura della famiglia anche con richieste che non possono essere soddisfatte sottolineandone così l'impotenza. Le responsabilità e l'isolamento determinano nel partner dominato una continua difficoltà che ne favorisce il controllo; infatti questi diventa dipendente dall'aggressore in un contesto in cui lui rappresenta l'unica fonte di soddisfazione del bisogno fondamentale di relazione.

A tutto ciò vanno aggiunte la distorsione della realtà oggettiva operata mediante la continua critica alla visione del mondo del partner dominato, la messa in dubbio delle cose provate o viste e dei suoi sentimenti, la negazione della sua autonomia di scelta, l'induzione del senso di colpa se non accetta le imposizioni e le limitazioni che gli vengono fatte, e la paura indotta in lui attraverso minacce esplicite di percosse, morte, sottrazione di figli e denaro, e comportamenti imprevedibili come sbattere le porte e rompere gli oggetti (Ventimiglia, 1996; Hirigoyen, 1998; Reale, 2000; Paunez, 2004).

Il maltrattamento psicologico procura grande sofferenza principalmente perché il soggetto non riesce a riconoscerlo come tale e a riconoscersi come vittima (Reale, 2000; Sintini, 2004). Il maltrattamento psicologico, oltretutto, non è visibile socialmente, se perpetuato nei confronti di una donna, in quanto è culturalmente accettato che una donna non abbia pensieri autonomi, faccia ciò che il marito le chiede e sia o pensi di essere ciò che il marito le dice di essere (Reale, 2000; Muratore, 2003). Il perpetuarsi di una distorsione della relazione agevola lo strutturarsi di una serie di problemi fisici e mentali e sono tali problemi che portano la vittima a chiedere aiuto (Reale, 2000). Hirigoyen (1998) distingue due tipi di conseguenze alla violenza psicologica: quelle alla fase di condizionamento che sono immediate e consentono il perpetuarsi della violenza perché rendono la vittima incapace di difendersi, e le conseguenze a lungo termine che si presentano a distanza di tempo anche quando la vittima ha cominciato a reagire, a riconoscersi come vittima e ad allontanarsi dall'aggressore. La svalorizzazione continua porta alla perdita dell'autostima, al sentimento di inadeguatezza, insicurezza e vergogna rispetto a cosa si fa, si pensa e si sente, che induce la vittima a perdere la propria visione del mondo assimilando la visione del compagno abusante nel tentativo così

di costruire una valorizzazione di sé; in questo modo si instaura un rapporto asimmetrico che renderà possibile il perpetuarsi della violenza (Hirigoyen, 1998; Reale, 2000). Gli attacchi indiretti generano confusione che porta la vittima a vivere una condizione di stress, portano a dubitare circa la distinzione fra vittima e aggressore e la vittima tende ad attribuirsi delle colpe per spiegarsi le aggressioni immotivate. A ciò si aggiungono l'eccessiva responsabilità e il senso di privazione che rendono la vittima soggetta a continue difficoltà da cui si sente sopraffatta e che la pongono in uno stato di iper-eccitazione e ansia (Ventimiglia, 1996; Hirigoyen, 1998; Reale, 2000; Paunez, 2004). La condizione protratta di stress porta a sintomi quali suscettibilità individuale, palpitazioni, sensazioni di oppressione, affanno, stanchezza, disturbi del sonno, irritabilità, mal di testa, disturbi digestivi, dolori addominali e manifestazioni psichiche quali ansia (Reale, 2000; Sintini, 2004) che può diventare cronica fino all'insorgere di un disturbo d'ansia generalizzato con tensione costante e ipervigilanza. La paura che la violenza possa esplodere in qualunque momento, la mancanza di controllo della propria incolumità fisica e la paura anche solo dei giudizi negativi dell'aggressore la pongono in uno stato di incertezza e difficoltà permanente che la portano a cercare di compiacere il partner per proteggersi. La vittima in questo modo è sottoposta ad una tortura mentale ed emotiva che la fa sentire come un ostaggio. La solitudine conseguente all'isolamento, sommata all'incapacità di riconoscere la violenza, le rende impossibile cercare aiuto e le causa paura e panico (Hirigoyen, 1998; Reale, 2000; Paunez, 2004). Lo stress, l'assuefazione agli atteggiamenti svalorizzanti e la tendenza a reprimere le istanze di ribellione per bloccare gli atteggiamenti aggressivi del partner, portano ad una situazione depressiva di base su cui possono prendere piede sintomi psichici quali attacchi di panico, comportamenti ossessivi e ripetitivi, ansia generalizzata, disordini alimentari, disturbi di tipo psicotico, depressione cronica e alcolismo (Tinelli, 2000; Reale, 2000; Reale, 2004).

La malattia appare anche come segnale di un disagio che non ha nome perché non ne viene riconosciuta l'origine e come richiesta di aiuto e solidarietà mascherata da richiesta di cure mediche (Reale, 2000). Quando le vittime prendono coscienza dell'aggressione si trovano disorientate, ferite, sorprese a causa della loro impreparazione a questa scoperta dovuta al condizionamento e subiscono uno choc

emozionale con dolore e angoscia. La scoperta di essere state manipolate e ingannate le porta a perdere la stima di sé e la propria dignità, provano un senso di vergogna per non essere state in grado di reagire, a volte manifestano un desiderio di vendetta, ma principalmente ricercano una riabilitazione e il riconoscimento della loro identità da parte dell'aggressore che però spesso non ottengono.

La perdita di un ideale, l'esperienza della sconfitta e dell'impotenza e la sensazione di essere stati umiliati e presi in trappola possono portare ad uno stato depressivo in cui la vittima si sente vuota, stanca, priva di energia e di interessi, non riesce più a pensare o a concentrarsi, e possono sopravvenire idee suicide.

Per alcune vittime la reazione è fisiologica, si presentano disturbi psicosomatici in cui viene espressa un'aggressione psichica di cui non si è coscienti. In questo caso il disturbo è direttamente conseguente non alla violenza ma all'impossibilità di reagire della vittima. Altre vittime potranno avere reazioni caratteriali alle provocazioni continue in cui, nel tentativo di farsi ascoltare, possono arrivare a crisi di nervi in pubblico, scatti violenti fino al crimine nei confronti dell'aggressore o al suicidio come tentativo estremo di fuga da lui.

Il trauma prodotto dalla violenza può portare anche alla scissione o disgregazione della personalità come difesa contro la paura, il dolore e l'impotenza attraverso la distinzione di ciò che si può sopportare dall'intollerabile che viene dimenticato ottenendo così sollievo e protezione parziale. Se la vittima prende la decisione di separarsi dal suo aggressore dovrà affrontare dolore e senso di colpa perché l'aggressore in queste situazioni si atteggia a vittima. Anche quando la vittima riuscirà ad allontanarsi definitivamente dall'aggressore, potrà presentare gli effetti della violenza subita come reminiscenze della situazione traumatica che potranno portare anche al disturbo post-traumatico da stress.

Il disturbo post-traumatico da stress generalmente è ricondotto ad una situazione traumatica in cui la vittima si è sentita minacciata per la sua incolumità fisica; ma anche le vittime di violenza sono state messe in uno "stato d'assedio" che le ha costrette a stare sempre sulla difensiva (Hirigoyen, 1998). La vittima pertanto potrebbe rivivere le aggressioni e le umiliazioni impresse nella memoria sia di giorno che di notte, con incubi e insonnia. Parlare degli episodi traumatizzanti può suscitare manifestazioni psicosomatiche che corrispondono a paura, le vittime possono

presentare disturbi della memoria o di concentrazione, perdere l'appetito o avere comportamenti bulimici e aumentare il consumo di alcol o di tabacco. A più lungo termine la paura suscitata dai ricordi può portare a strategie per evitarli con conseguente diminuzione dell'interesse per le attività e una diminuzione degli affetti (Sgarro, 1997).

L'entità dei disturbi che possono essere provocati dal maltrattamento psicologico, rende necessari degli interventi preventivi nei confronti di questo fenomeno.

La prevenzione può essere primaria, secondaria e terziaria. La prevenzione primaria mira all'eliminazione della causa del fenomeno, quella secondaria mira a trattare il fenomeno il più precocemente possibile per prevenirne la completa manifestazione o il suo ripetersi, e quella terziaria mira ad attenuare le conseguenze di un fenomeno nei soggetti in cui già si è manifestato (Gulotta, 1984). Rientra nell'ambito della prevenzione secondaria l'individuazione dei casi in cui si stia già manifestando il fenomeno; ma si è potuto notare come ciò che rende più problematica la violenza psicologica è la difficoltà di riconoscerla come tale dalla vittima stessa. La vittima riuscirà a chiedere aiuto per un disagio che non ha nome soltanto dandogli un nome, ossia attraverso sintomi di problemi fisici e mentali. Sarà compito degli operatori del servizio a cui la donna si rivolgerà riconoscere, indagando opportunamente, l'origine e la natura del disturbo per aiutarla a scegliere il percorso più indicato per uscire dalla violenza e dalla sofferenza. Un ulteriore problema è che spesso la violenza all'origine del disturbo non viene riconosciuta dagli operatori a causa di pregiudizi ancora molto radicati che li porta a non indagare adeguatamente ignorando completamente il fenomeno. È necessario quindi istituire dei corsi specifici di formazione che consentano di conoscere meglio il fenomeno e le modalità d'intervento (Romito, Crisma, 2000; Paci, Romito, 2000; Ventimiglia, 1996). Sempre nell'ambito di una prevenzione secondaria dovrà essere apportato un intervento nei casi individuati per contrastare il perpetuarsi del fenomeno (Gulotta, 1984). Fondamentale per uscire dalla fase di condizionamento e dalla conseguente dipendenza dal partner è riconoscere la violenza e di essere vittima, senza la possibilità di addossarsi colpe e responsabilità.

La valutazione della dipendenza stessa non deve essere ricondotta ad una qualche caratteristica di personalità ma solo come effetto del condizionamento e pertanto

revocabile e modificabile. Le reazioni della vittima devono essere valutate come le uniche possibili, senza mai insinuare il dubbio che sia stata in qualche modo complice dell'aggressore, per combattere il senso di colpa.

La donna dovrà essere aiutata ad agire per non essere più vittima, dovrà pertanto imparare a non giustificarsi continuamente quando attaccata, a prendersi tempo per riflettere, ad allontanarsi dall'aggressore evitando, se è il caso, il dialogo diretto con lui utilizzando la mediazione di una terza persona, anche perché è proprio quando la vittima si sottrae alla sottomissione che l'aggressione psicologica si intensifica. Dovrà essere aiutata a recuperare autostima e fiducia in se stessa, a recuperare i propri interessi, ricercare risorse sia interne che esterne modificando contesto e stile di vita e dovrà essere supportata in un nuovo progetto di vita che non neghi la violenza ma che la faccia diventare occasione di un cambiamento per poter superare l'immagine soggettiva di vittima (Hirigoyen, 1998; Reale, 2000; Reale, 2004). È necessario darle anche la possibilità di esprimere la collera che fino a quel momento era stata censurata (Hirigoyen, 1998).

L'utilizzo esclusivo di un intervento psicoterapeutico individuale per aiutare le vittime di violenza psicologica, rischia di essere dannoso poiché tende a considerare il singolo individuo come portatore di problemi e, pertanto, rischia di colpevolizzare e stigmatizzare la vittima colludendo in questo modo con l'aggressore (Nasorri, 1998; Romito, Crisma, 2000; Paci, Romito, 2000). Il gruppo, invece, consente di condividere le esperienze, di scoprire così di non essere le uniche, di uscire dall'isolamento e consente di comprendere che il maltrattamento è un fenomeno diffuso con connotazioni culturali e sociali, arrivando così a superare il senso di colpa.

Allo stesso tempo nel piccolo gruppo possono essere recuperate la propria individualità e il proprio valore e si può ritrovare un momento da dedicare a se stesse e da togliere al ruolo di cura, un'occasione quindi per darsi valore e recuperare le capacità affermative che la dipendenza protratta ha negato. Le capacità affermative recuperate attraverso esercizi che mirano all'espressione della collera nell'ambiente protetto del gruppo per superare il processo della vittimizzazione.

In un'ottica preventiva i gruppi di auto-aiuto potrebbero fornire sostegno e difesa dallo stress alle vittime di violenza psicologica per poterne prevenire le conseguenze a lungo termine, i gruppi di autocoscienza, opportunamente strutturati in modo da

garantire la “sicurezza psicologica”, così come i gruppi di crescita personale e autorealizzazione possono fornire l’opportunità per riflettere sul fenomeno della violenza psicologica per poterla riconoscere, e incrementare le capacità di autoaffermazione e autostima per poterla contrastare.

Certamente i gruppi per le donne vittime di violenza sono già diffusi, ma si concentrano principalmente sulla violenza fisica o sessuale, mentre sarebbe necessario focalizzarsi anche sul maltrattamento psicologico considerandolo come un fenomeno violento con effetti non trascurabili.

BIBLIOGRAFIA

Alicke, M. D., & Govorun, O. (2005). The better-than-average effect. In M. D. Alicke, D. A. Dunning & J. I. Krueger (Eds.), *The Self in Social Judgment* (pp. 85–106). New York: Psychology Press.

Alicke, M. D., & Sedikides, C. (2009). Self-enhancement and self-protection: What they are and what they do. *European Review of Social Psychology*, 20, 1–48.

Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness- and acceptance-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing Mindfulness & Acceptance Processes in Clients* (pp. 135–154). Oakland: New Harbinger.

Baumeister, R. F. (1998). The self. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.), *The Handbook of Social Psychology* (4th edn., Vol. 2, pp. 680–740). New York: McGraw-Hill.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1–44.

Baumeister, R. F., Smart, L., & Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103, 5–33.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.

Bushman, B.J., & Baumeister, R.F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 219–229.

Campbell, W. K., & Buffardi, L. E. (2008). The lure of the noisy ego: Narcissism as a social trap. In H. A. Wayment & J. J. Bauer (Eds.), *Transcending Self-Interest: Psychological Explorations of the Quiet Ego* (pp. 23–32). Washington: American Psychological Association.

Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Charles Scribner.

Crocker, J., Luhtanen, R. K., Cooper, M. L., & Bouvrette, S. (2003). Contingencies of self-worth in college students: Theory and measurement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 894–908.

Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130, 392–414.

Crocker, J., Thompson, L. L., McGraw, K. M., & Ingerman, C. (1987). Downward comparison, prejudice, and evaluations of others: Effects of self-esteem and threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 907–916.

Davidson, R. (2007, Oct.). Changing the Brain by Transforming the Mind. The Impact of Compassion Training on the Neural Systems of Emotion. Paper presented at the 13th annual Mind and Life Institute Conference, Emory University, Atlanta, GA.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1995). Human autonomy: The basis for true self-esteem. In M. H. Kernis (Ed.), *Efficacy, Agency, and Self-Esteem* (pp. 31–49). New York: Plenum Press.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.

Fein, S., & Spencer, S. J. (1997). Prejudice as self-image maintenance: Affirming the self through derogating others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 31–44.

Germer, C. K. (2009). *The Mindful Path to Self-Compassion*. New York: Guilford Press.

Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. Hove: Lawrence Erlbaum.

Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. London: Constable.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional imagery and compassionate mind training. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). London: Routledge.

Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3, 182–191.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353–379.

Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press.

James, W. (1890). *Principles of Psychology*. Chicago: Encyclopedia Britannica.

Jordan, C. H., Spencer, S. J., Zanna, M. P., Hoshino-Browne, E., & Correll, J. (2003). Secure and defensive high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 969–978.

Kabat-Zinn, J. (1991). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Dell Publishing.

Kernis, M. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73, 1–37.

Kernis, M. H. (2003). Optimal self-esteem and authenticity: Separating fantasy from reality. *Psychological Inquiry*, 14, 83–89.

Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35, 1268–1282.

Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Allen, A. B., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887–904.

Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H. et al. (2009). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49, 1849–1856.

Maxwell, N., & Lopus, J. (1994). The Lake Wobegon effect in student self-reported data. *American Economic Review Papers and Proceedings*, 84, 201–205.

Mecca, A.M., Smelser, N.J., & Vasconcellos, J. (Eds.). (1989). *The Social Importance of Self-Esteem*. Berkeley: University of California Press.

Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.

Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102.

Neff, K. D. (2008, February). Self-Compassion and Other-Focused Responding. Paper presented at the 8th Annual Convention of the Society for Personality and Social Psychology, Albuquerque, New Mexico.

Neff, K. D. (2009). Self-Compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of Individual Differences in Social Behavior* (pp. 561–573). New York: Guilford Press.

Neff, K. D., Hseih, Y., & Dejithirath, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263–287.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007a). Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154.

Neff, K. D., & McGeehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225–240.

Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hseih, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267–285.

Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908–916.

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, 23–50.

Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061–1072.

Paradise, A. W., & Kernis, M. H. (1999). Development of the Contingent Self-Esteem Scale. Unpublished data, University of Georgia.

Preston, C. E., & Harris, S. (1965). Psychology of drivers in traffic accidents. *Journal of Applied Psychology*, 49, 284–288.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 130, 435–468.

Rockcliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry*, 5, 132–139.

Rockliff, D., Karl, A., McEwan, K., Gilbert, J., Matos, M., & Gilbert, P. (submitted). Effects of Intranasal Oxytocin on ‘Compassion Focused Imagery’.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Sax, L. J., Hurtado, S., Lindhold, J. A., Astin, A. W., Korn, W. S., & Mahoney, K. M. (2004). *The American Freshman: National Norms for Fall 2004*. Los Angeles: UCLA, Higher Education Research Institute.

Sedikides, C. (1993). Assessment, enhancement, and verification determinants of the self-evaluation process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 317–338.

Sedikides, C., & Gregg, A. P. (2008). Self-enhancement: Food for thought. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 102–116.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164–176.

Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105–115.

Swann, W. B. (1996). *Self-Traps: The Elusive Quest for Higher Self-Esteem*. New York: W. H. Freeman.

Taris, T. W. (2000). Dispositional need for cognitive closure and self-enhancing beliefs. *Journal of Social Psychology*, 140, 35–50.

Taylor, S. E., & Brown, J. D., (1988). Illusion and Well Being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193–210.

Tesser, A. (1999). Toward a self-evaluation maintenance model of social behavior. In R. F. Baumeister (Ed.), *The Self in Social Psychology* (pp. 446–460). New York: Psychology Press.

Twenge, J. (2006). *Generation Me: Why Today's Young Americans are More Confident, Assertive, Entitled—and More Miserable Than Ever Before*. New York: Free Press.

Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2009). *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement*. New York: Free Press.

Twenge, J. M., Konrath, S., Foster, J. D., Campbell, W. K., & Bushman, B. J. (2008). Egos inflating over time: A cross-temporal meta-analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality*, 76, 875–902.